

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie prezenční



Anna Mištová

Charakteristika uživatelů svépomocného programu pro osoby se škodlivým užíváním
alkoholu

Characteristics of users of online self-help program for people with alcohol misuse

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Petra Vondráčková, Ph.D.,

Praha 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 20.07.2015

ANNA MIŠTOVÁ

.....

Identifikační záznam

MIŠTOVÁ, Anna. *Charakteristika uživatelů svépomocného programu pro osoby se škodlivým užíváním alkoholu. [Characteristics of users of online self-help program for people with alcohol misuse]*. Praha, 2015. 69 str., 19 tab., 1 graf. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Vondráčková, Petra.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Petře Vondráčkové, Ph.D., za její odborné vedení, vstřícnost, ochotu, cenné rady a podnětné připomínky, které mi při psaní práce pomáhaly.

Abstrakt

VÝCHODISKA: Tato bakalářská práce se zabývá tématem online psychologického poradenství/psychoterapie a možnostmi jejich využití ve vztahu k terapii a léčbě škodlivého užívání alkoholu. V textu jsou představeny různé typy a formy online psychologického poradenství/psychoterapie, přičemž pozornost je věnována zejména online svépomocným programům.

CÍL: Cílem praktické části této práce byla analýza dostupných dat online svépomocného programu pro osoby se škodlivým užíváním alkoholu, který je od roku 2012 součástí online poradny Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Ve výzkumných otázkách se práce zabývá analýzou základních sociodemografických údajů registrovaných uživatelů a dále jejich aktivitou v rámci svépomocného programu.

METODA: Analýza dat byla provedena za zcela anonymních podmínek formou kvantitativní popisné statistiky a kvalitativní analýzy jednotlivých závislých na sobě.

SOUBOR: Výzkumný soubor byl tvořen 142 uživateli programu, z tohoto počtu bylo 47,2 % žen a 52,8 % mužů. Nejpočetněji byly zastoupeny věkové kategorie od 25 do 34 let a od 34 do 45 let.

VÝSLEDKY: Výsledky analýzy dat prokázaly, že online svépomocný program využívaly všechny potencionální sociodemografické skupiny. Tyto charakteristiky se ve velké míře shodovaly s charakteristikami uživatelů online intervencí uváděnými v zahraničních studiích.

ZÁVĚR: Uvedená analogie se zahraničními výzkumy může být velmi přínosná, a to zejména možností inspirovat se zahraničními zkušenostmi, při inovaci a tvorbě nových online svépomocných programů.

KLÍČOVÁ SLOVA:

alkohol - škodlivé užívání - online poradenství/psychoterapie - online svépomocný program

Abstract

INTRODUCTION: This thesis deals with the topic of psychological online counseling/psychotherapy and their possibilities of use in relation to therapy and treatment of alcohol misuse. There are different types and forms of psychological online counseling/psychotherapy presented in the text, whereas particular attention is paid mainly to online self-help programs.

OBJECTIVE: The purpose of the practical part of this work was an analysis of the data, available in online self-help program for persons with alcohol misuse, which is from 2012 included in Addictology, the first Medical Faculty of Charles University in Prague within the Internet counseling. The thesis analyzes the basic socio-demographic data of registered users and their activity within the self-help program in the research questions.

METHOD: Data analysis was performed by entirely anonymous conditions in form of quantitative descriptive statistics and qualitative analysis of the individuals dependent on each other.

FILE: The research group consisted of 142 users of the program, of that number there was 47.2% of women and 52.8% of men. The most of the number were age categories from 25 to 34 years and from 34 to 45.

RESULTS: The data analysis showed that online self-help program was used by all potential socio-demographic groups. These characteristics matched to a large extent with the characteristics of users online interventions reported in foreign studies.

CONSLUSION: Mentioned analogy together with foreign research can be very beneficial, especially opportunities to be inspired by foreign experience in innovating and creating new online self-help programs.

KEY WORDS:

alcohol - alcohol misuse – online counselling/psychotherapy – online self-help program

Obsah

1	Úvod.....	9
2	Teoretická část.....	11
2.1	Online poradenství / psychoterapie	11
2.1.1	Poradenství versus psychoterapie	12
2.1.2	Základní principy internetového poradenství/psychoterapie.....	12
2.1.3	Poskytování internetového poradenství/psychoterapie.....	13
2.1.4	Historie internetového poradenství/psychoterapie v České republice	18
2.1.5	Hranice a možnosti internetového poradenství/psychoterapie	19
2.2	Online psychoterapie pro osoby s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu.....	20
2.2.1	Počet osob s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu v ČR.....	21
2.2.2	Pozitiva internetových intervencí pro osoby s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu.....	21
2.2.3	Charakteristiky uživatelů online terapeutických programů	22
2.2.4	Druhy online psychoterapie pro škodlivé užívání alkoholu.....	23
2.2.5	Důvody pro předčasné ukončení online terapeutického kontaktu.....	27
2.3	Online svépomocné programy pro osoby se škodlivým užíváním alkoholu.....	27
2.3.1	Cíle online svépomocných programů	28
2.3.2	Meze online svépomocných programů	28
2.3.3	Struktura online svépomocných programů	29
2.3.4	Svépomocný program kliniky adiktologie.....	31
3	Praktická část.....	32
3.1	Výzkum	32
3.1.1	Cíl výzkumu	32

3.1.2	Výzkumné otázky	32
3.1.3	Metodologie.....	33
3.2	Výsledky	39
3.2.1	Míra závažnosti problému s alkoholem uživatelů svépomocného programu.....	40
3.2.2	Analýza prvních dvou fází svépomocného programu.....	42
4	Diskuze.....	53
5	Závěr	62
6	Seznam literatury	63
7	Přílohy.....	67
7.1	Seznam grafů.....	67
7.2	Seznam tabulek	67

1 Úvod

V posledních dvou desetiletích, úměrně rychlému rozvoji internetu, roste i počet jeho uživatelů a internet se postupně stává neoddělitelnou součástí našeho života. Díky rostoucímu počtu uživatelů a technickým možnostem, které internet nabízí, začalo být toto médium využíváno prakticky ve všech oblastech lidského života a ani poskytování psychologického poradenství či psychoterapie není výjimkou (Holcnerová & Novák, 2010).

Poradenství/psychoterapie na bázi internetu je stále oblíbenější možností léčby v mnoha oblastech duševního zdraví, jelikož má potenciál výrazně rozšiřovat a měnit krajinu léčby (Moore et al., 2011). Online intervence poskytují snadný přístup k odborné pomoci v bezpečném, soukromém prostředí, mnohdy s minimálními finančními náklady, nezatěžujícími klienta (Blankers et al., 2011). Bylo prokázáno, že online poradenství/psychoterapie, zejména s aktivním zapojením poradce/psychoterapeuta, jsou efektivní a pozitivně ovlivňují léčbu některých psychiatrických poruch, jako jsou například deprese a úzkost či zdravotních problémů, jako cukrovka, špatné stravování a rizikové sexuální chování. Také výzkumy zkoumající účinnost online léčby návykových poruch ukazují pozitivní výsledky, a tak se tento typ intervencí postupně dostává do běžné nabídky léčby návykových poruch ve většině civilizovaných zemí (Moore et al., 2011).

Jednou z možností využití internetu v léčbě návykových poruch je také tvorba online svépomocných programů, které jsou automatizovány a uživatel si jimi prochází sám, obvykle bez asistence poradce/psychoterapeuta. Některé svépomocné programy jsou o kontakt s poradcem/psychoterapeutem či ostatními uživateli programu obohaceny, tento kontakt ale tvoří spíše jen jakýsi doplněk. V zahraničí je již tradice online svépomocných programů poměrně bohatá, v oblasti látkových závislostí jsou k dispozici nejčastěji svépomocné programy pro uživatele alkoholu a tabáku, existují ale i verze pro uživatele konopí, pervitinu a drog obecně. V oblasti nelátkových závislostí jsou dostupné programy pro patologické hráče a pro osoby se závislostí na internetu (Vondráčková, Vacek & Masaryková, 2014). Online svépomocné programy se postupem času začaly rozšiřovat i v České republice, v současné době jsou nejčastěji k dispozici pro závislé na tabáku. V lednu 2011 byl v rámci online poradny Kliniky adiktologie spuštěn online

svépomocný program, který nabízí pomoc pro osoby, které mají problém se závislostí na internetu, prokrastinací a pitím alkoholu, přičemž tato poslední intervence tvoří středobod této bakalářské práce.

V praktické části této práce budou analyzována data získaná od uživatelů, kteří se zaregistrovali do online svépomocného programu, pro osoby se škodlivým užíváním alkoholu, online poradny Kliniky adiktologie Univerzity Karlovy v Praze, v průběhu prvních dvou let jeho provozu. Zkoumaná data obsahovala údaje, které uživatelé v programu vyplňovali a sestávala se z jejich základních sociodemografických charakteristik, zadávaných při registraci, a dále zaznamenávanou aktivitou klientů skrze první dvě fáze svépomocného programu. Získané údaje o aktivitě uživatel programu budu porovnávat s jejich sociodemografickými údaji a průměrným bodovým skórem dotazníku AUDIT (Babor et al., 2001). Získané výsledky budou následně v diskuzi porovnány výsledky některých zahraničních studií.

Vzhledem k tomu, že tato data nebyla ještě nikým zpracována, výsledky bakalářské práce by mohly být zajímavé, jako zpětná vazba, pro tvůrce programu a pracovníky online poradny Kliniky adiktologie. Výsledky mohou přispět k dalšímu fungování a zefektivnění svépomocného programu a v neposlední řadě mohou přispět také ke zvýšení povědomí obecné i odborné veřejnosti o existenci a možnostech léčby pomocí online svépomocných programů.

2 Teoretická část

2.1 Online poradenství/psychoterapie

Podstatou online poradenství/psychoterapie je podpůrné působení „na dálku“, k němuž je využíván internet a další moderní technologie. Součástí online poradenství/psychoterapie je vytvoření bezpečného vztahu mezi poradcem/psychoterapeutem a klientem, obdobně jako při klasickém face to face kontaktu, přičemž se poradce/psychoterapeut s klientem nemusí ani jednou setkat tváří v tvář (Vybíral & Vondráčková, 2012).

Obecně odborníci sdílí názor, že online poradenství/psychoterapie jsou vhodné pro klienty, kteří mají zkušenosti s používáním internetu, mají k němu pravidelný přístup a upřednostňují písemný kontakt, naopak nejsou vhodné pro klienty s vážnější psychopatologií osobnosti a pro klienty se sebevražednými sklony (Rochlen et al., 2004).

Podle Rochlena (2004) lze online poradenství/psychoterapii charakterizovat jako poskytování poradenství/psychoterapie skutečným poradcem/psychoterapeutem skutečnému klientovi prostřednictvím internetu. Suler dále uvádí, že online poradenský/psychoterapeutický kontakt může být i automatizovaný, kde kontakt následně probíhá mezi klientem a automatickým systémem (Suler, 2000).

Podle Láskové má české chápání pojmu internetové poradenství svůj původ v sociálním prostředí linek důvěry, odkud vychází i následující definice tohoto typu poradenství: „Internetové poradenství je poradenskou službou klientům, kteří se ocitli v situaci, pro jejíž řešení vyhledávají pomoc odborníků prostřednictvím internetu a zároveň nechtějí, nebo nemohou komunikovat s odborníkem pomocí telefonu, nebo osobně“ (Horská, Lásková & Ptáček, 2010).

2.1.1 Poradenství versus psychoterapie

Pojmy poradenství a psychoterapie jsou někdy rozlišovány, jindy jsou považovány za synonyma. Někteří autoři poukazují na jejich nezaměnitelnost, do hlubšího rozboru se ovšem nepouštějí. Autoři, kteří považují tyto pojmy víceméně za synonyma, argumentují obvykle tím, že obě disciplíny vyžadují od odborníků v zásadě tytéž způsobilosti, schopnosti i osobní kvality a také, že směřují ke stejným cílům a mnohdy probíhají identicky (Řiháček, 2014). Pro účely své bakalářské práce budu tedy pojmy poradenství a psychoterapie pokládat za sobě rovné.

2.1.2 Základní principy internetového poradenství/psychoterapie

Lásková zmiňuje vybraná specifika, která jsou charakteristická pro internetové poradenství/psychoterapii a odlišují je tak od jiných typů poskytování poradenské/psychoterapeutické pomoci (Horská, Lásková & Ptáček, 2010).:

Anonymita

Záleží pouze na klientovi, jakou míru anonymity si zvolí, může sám vybrat, jaké údaje o sobě poradci/psychoterapeutovi sdělí, zda je pozměnění či neuvede žádné. Může si speciálně pro komunikaci s poradcem/psychoterapeutem zřídit nový účet, na jehož základě nebude moci být identifikován.

Nezávaznost

V této službě nemá klient obvykle téměř žádné povinnosti, nemusí vyplňovat žádné vstupní identifikační údaje a je zcela na něm, zda službu využije opakovaně nebo zda ji samovolně opustí v jejím průběhu.

Bezpečí

Je dalším specifikem tohoto typu poradenství/psychoterapie. Pro klienta je situace prvního kontaktu o mnoho méně ohrožující. Klient se vyhne osobnímu kontaktu a s ním spojeným rozpakům a negativním emocím. Nemusí se obávat toho, jak na poradce/psychoterapeuta zapůsobí, zda se neztrapní a co vlastně řekne, své otázky a

odpovědi si může nejdříve pečlivě promyslet. Pro mnoho lidí je, právě pro tyto jejich obavy z osobního setkání, internetové poradenství/psychoterapie prvním a mnohdy také jediným způsobem jak získat odbornou pomoc.

Dostupnost

Internet je v dnešní době běžnou součástí života většiny lidí, český statistický úřad uvádí, že v roce 2014 bylo k internetu připojeno 72% všech českých domácností (www.czso.cz). Tím pádem se internetové poradenství/psychoterapie stává možným řešením i pro osoby, pro které by jinak odborná péče byla jen stěží dosažitelná, a to z různých důvodů, ať už proto, že žijí na odlehlých místech, kde není přístup k odpovídajícím službám, často cestují, jsou pracovně vytížení, trpí agorafobií, jsou tělesně postižení či o tělesně postižené pečují.

Trvanlivost

Je velice specifickým principem, zejména u psané formy komunikace, který umožňuje klientovi i poradci/psychoterapeutovi se kdykoli ke konverzaci vrátit a znovu si jí přečíst či přehrát. Tento princip může být klientovi nápomocný například v době krize, poradci/terapeutovi pak především při opakovaných kontaktech, kdy si v případě potřeby může připomenout, o co se v daném případě jedná a může tak na konverzaci plynule navázat (Horská, Lásková & Ptáček, 2010).

2.1.3 Poskytování internetového poradenství/psychoterapie

Internetové poradenství/psychoterapii lze poskytovat v mnoha různých modalitách. Existuje několik způsobů a forem, kterými může poradce/terapeut komunikovat se svým klientem. V této kapitole se tyto jednotlivé modality pokusím podrobněji představit.

2.1.3.1 Způsoby poskytování internetového poradenství/psychoterapie

Internetové poradenství/psychoterapii lze poskytovat různými způsoby. Ty můžeme rozdělit podle časového hlediska - na synchronní a asynchronní, podle podoby přenášených dat – na textovou či audiovizuální podobu a podle účastníků poradenství/psychoterapie – zda je interpersonální nebo automatizovaná (Suler, 2000).

Synchronní a asynchronní komunikace

Při synchronní komunikaci sezení probíhají v reálném čase, klient i poradce/psychoterapeut spolu komunikují ve stejný okamžik, prostřednictvím internetu. Tato komunikace probíhá nejčastěji formou chatování, internetového telefonování a audio-video konferencí. Tento typ komunikace se více přibližuje klasickému face to face setkání. Je zde zachována spontaneita a některé významné prvky konverzace, například v podobě pomlky. Klient také mnohem více pociťuje přítomnost poradce/psychoterapeuta, což může vést ke snadnějšímu navázání vztahu (Suler, 2010). Mezi nevýhody synchronní komunikace patří zejména komplikované zajištění soukromí a diskrétnosti, klient si musí pečlivě zajistit prostor během komunikace, aby nebyl nikým rušen či odposloucháván. Další nevýhodou může být i kratší prostor pro zamyšlení (Jones & Stokes, 2009).

Během asynchronní komunikace se prodlužuje časový rámec, ve kterém dochází k interakci. Není tedy nutné, aby se klient i poradce/psychoterapeut setkávali ve stejném čase. Nejčastější formou asynchronní komunikace jsou email a diskusní fóra, uplatňují se ale také audio a audiovizuální záznamy (Griffiths, 2005). Výhodou asynchronní komunikace je zejména větší prostor pro zamyšlení, klient si tak může promyslet, co vlastně chce říct. Klient i poradce/psychoterapeut mohou navíc číst a reagovat na získanou odpověď v kteroukoli denní či noční hodinu, což přináší velkou výhodu zejména pro velmi vytížené osoby (Fingfield, 2000). Asynchronní komunikace má ale i své nevýhody, mezi ně může patřit například snížený pocit sounáležitosti, protože klient s poradcem/psychoterapeutem neprožívají společné okamžiky. Poradce/psychoterapeut také nemůže flexibilně reagovat na aktuální rozpoložení klienta, komunikace je zpožděná, má pomalejší průběh a mohou být ztraceny některé psychologicky významné podněty, jako například pomlky v rozhovoru, či pozdní příchody na domluvená sezení (Suller, 2000).

Textová a audio-vizuální komunikace

Většina poradenských/psychoterapeutických interakcí vyskytujících se na internetu probíhá v textové podobě a to především ve formě emailu, chatu a diskusních skupin či fór. Velkou výhodou textové podoby komunikace je její minimální technická náročnost, jelikož nevyžaduje žádné zvláštní technické vybavení, ani superrychlé připojení k internetu. Textové formy komunikace mohou být snadno ukládány a tak umožňují klientovi i poradci/psychoterapeutovi opakovaně se k nim vracet a hodnotit minulé setkání (Suler, 2000). Někteří klienti se mohou, díky absenci přímého face to face kontaktu, cítit bezpečněji, mohou být více upřímní a otevření již od začátku poradenského/psychoterapeutického procesu. Jiní klienti zase upřednostňují psaný text, dokážou se při něm lépe vyjádřit a už samotné psaní u nich může mít významný účinek (Rochlen et al., 2004). Mezi nevýhody psaného textu patří bezesporu skutečnost, že v psaném textu je velmi komplikované rozpoznat a sdělovat neverbální podněty komunikace, a to především emoce. Tento nedostatek mohou nahradit, i když pouze částečně, tzv. emotikony, které naznačují emoční stav účastníků (Finfgeld, 2000). Pro některé klienty ale naopak nedostatek „fyzické přítomnosti“ může snížit pocit důvěry a tak nejsou schopni navázat skutečný poradenský/psychoterapeutický vztah (Suler, 2000).

S rozvojem techniky postupně přibýly i další, technicky o něco náročnější, způsoby komunikace na internetu, jako například audio forma (internetové telefonování) či video forma (audio-vizuální konference). Audio-vizuální konference se nejvíce přibližuje skutečnému, face to face kontaktu. Její výhodou je bezesporu přítomnost smyslových vjemů, jako je řeč těla, hlasový projev a jiné nonverbální prvky komunikace, díky jimž se snižuje riziko vzniku nedorozumění. Někteří klienti také silněji pociťují přítomnost poradce/psychoterapeuta a je pro ně snadnější navázat s ním vztah (Griffiths, 2005).

Interpersonální a automatizovaná komunikace

Rozvoj výpočetní techniky s sebou přinesl i možnost plně automatizované komunikace. Tento typ komunikace se využívá nejčastěji pro počáteční zhodnocení klienta a k realizaci speciálních intervencí. Mezi jeho výhody patří bezesporu nízké provozní náklady a efektivní, objektivní a přesné nástroje pro posuzování a testování klienta,

zejména v počátečních fázích poradenského procesu (Cunningham, 2011). Nevýhodou automatizovaných programů je zejména absence „lidského prvku“, tyto programy mají také pouze omezenou možnost rozpoznat a přizpůsobit se změnám klienta či nově nastalým situacím (Suler, 2004).

Opakem automatizované komunikace je komunikace interpersonální, což je kontakt se skutečným, živým poradcem/psychoterapeutem. Kontakt s živým poradcem/psychoterapeutem býval ve většině případů základní podmínkou poradenského/psychoterapeutického procesu, proto se původně automatizované programy využívaly spíše jen jako doplněk klasické, face to face komunikace (Suler, 2004).

2.1.3.2 Formy internetového poradenství/psychoterapie

Mezi nejstarší formy tohoto typu patří emailové poradenství/psychoterapie, postupem času, spolu s popularizací internetu, však přibývaly i další formy jako je například chat, videokonference či online skupiny a svépomocné programy.

Otázka a odpověď

Položení otázky odborníkovi, který na ní ve stanovený čas odpoví, je nejjednodušší formou online poradenství/psychoterapie (Griffiths, 2005). Tato forma online poradenství/psychoterapie je vhodná především tehdy, když daný problém není příliš komplikovaný a lze jej stručně popsat. Méně vhodná je v případě, kdy se jedná o vážnější problém, přetrvávající delší dobu. V této formě internetového poradenství/psychoterapie se využívá asynchronní komunikace v textové podobě, prostřednictvím emailu či diskusních fór. Typicky se zde jedná pouze o poskytování informací a nejsou zde snahy o navázání psychoterapeutického vztahu (Griffith, 2005). V některých případech bývají otázky s odpověďmi zpřístupněny pro širokou veřejnost, aby mohly sloužit jako zdroj informací osobám, které se nacházejí v podobné životní situaci (Holcnerová & Novák, 2010).

Email

Komunikace prostřednictvím emailu patří mezi nejstarší, a do dnes také nejrozšířenější, formy internetového poradenství/psychoterapie. Probíhá asynchronně, textovou formou, není tedy nutné, aby se klient i poradce/psychoterapeut setkávali ve stejný čas (Barnard, 2010). Emailová forma není jednorázovou záležitostí a tak nabízí prostor pro práci s poradenským/psychoterapeutickým vztahem (Griffiths, 2005). Jak uvádí Jones & Stokes (2009), na začátku tohoto typu poradenství/psychoterapie je vhodné, aby si klient s poradcem/psychoterapeutem stanovili časové intervaly, v rámci kterých bude komunikace probíhat. Tato forma komunikace je výhodná pro klienty, kteří potřebují popsat svůj problém „právě teď“. Může sloužit jako doplnění klasické face to face léčby a také, pro klienta a poradce/psychoterapeuta přináší možnost, se, i po ukončení formálního sezení, nadále vzájemně kontaktovat (Griffiths, 2005).

Chat

Lásková (2010) charakterizuje chat jako elektronickou obdobu rozhovoru. Klient napíše dotaz určený poradci/psychoterapeutovi, který na něj vzápětí reaguje, jde tedy o časově omezenou, synchronní komunikaci v textové formě. V praxi je dnes online poradenství/psychoterapie formou chatu realizováno dvěma základními způsoby, a to prostřednictvím chatovacích aplikací (jako například ICQ) anebo přímo v chatovací místnosti na stránkách provozovatele (Horská, Lásková & Ptáček, 2010).

Videokonference

Díky použití videokamery a mikrofону bývá považována za obdobu klasického face to face setkání. Výhodou videokonference je přítomnost nonverbálních i dalších prvků komunikace, které nejsou v jiných formách internetového poradenství/psychoterapie rozpoznatelné. Poradce/psychoterapeut tak může lépe zhodnotit a odhadnout stav klienta a klient může zase snadněji navázat vztah s poradcem/psychoterapeutem, jelikož vidí, s kým mluví (Horská, Lásková & Ptáček, 2010). Suler (2010) nicméně upozorňuje na fakt, že tyto výhody mohou být některými klienty vnímány i jako negativa. Mezi nevýhody této formy patří především potřeba kvalitního technického vybavení a dostatečně rychlé připojení k internetu (Horská, Lásková & Ptáček, 2010).

Online skupiny

Tato forma internetového poradenství/psychoterapie umožňuje využívat speciálně vytvořené chatovací místnosti, videokonference nebo diskusní fóra, za účelem setkání se s ostatními lidmi, kteří mají obdobný problém. Některé tyto aplikace umožňují nejprve sledovat dění ve skupině a do interakce vstoupit teprve až ve chvíli, kdy klient získá pocit bezpečí (Griffiths, 2005). Klientům může být přínosná možnost sdílet svůj problém s ostatními lidmi, od kterých mohou vzápětí získávat zpětné vazby. Nevýhodou této formy poradenství/psychoterapie, je poměrně snadné zneužití citlivých informací, jelikož do skupiny se může přihlásit prakticky kdokoli a následně lhát o své identitě či situaci (Griffiths, 2005).

Online programy

Do kategorie online programů lze zařadit částečně či plně automatizované léčebné programy pro různé duševní poruchy. Tyto programy nejčastěji využívají principů kognitivně behaviorální a motivační terapie a ve většině případů jsou, krom samotné interaktivní komponenty, doplněny také o informační komponentu, která bývá zaměřena na obecné informace týkající se vzniku, udržování a léčby těchto jednotlivých duševních poruch (Holcnerová & Novák, 2010).

2.1.4 Historie internetového poradenství/psychoterapie v České republice

Porovnáme-li internetové poradenství/psychoterapii u nás a v zahraničí, nenajdeme výraznější rozdíly. V České republice, stejně jako jinde, v evropském kontextu, je historie internetového poradenství spojována s tradicí linek důvěry (Horská, Lásková & Ptáček, 2010). Počátky tohoto typu poradenství v českých zemích lze datovat do druhé poloviny 90. let, v té době se na internetu začaly objevovat první poradenské služby. Jak uvádí Antoš (2006), historie internetového poradenství na linkách důvěry začala v roce 1997 spuštěním internetového portálu LD Ostrava. Vzápětí tuto službu začaly nabízet i další linky důvěry (LD Opava, LD Vsetín či Modrá linka). Postupně se internetové poradenství začalo rozšiřovat i mimo síť linek důvěry. Postupem času v oblasti

internetového poradenství/psychoterapie začínali působit i jednotlivci, nejčastěji se jednalo o psychology a psychoterapeuty, kteří viděli v oblasti internetu velký potenciál (Horská, Lásková & Ptáček, 2010).

Také online automatizované programy jsou v dnešní době na vzestupu i v České republice, kde postupně nacházejí své využití. Klinika adiktologie spustila na začátku roku 2011 online svépomocný intervenční program, který v současné době nabízí pomoc pro osoby, které mají problém se závislostí na internetu, prokrastinačními tendencemi či škodlivým užíváním alkoholu (poradna.adiktologie.cz). V současné době také organizace SANANIM z.ú., testuje v uzavřeném, pilotním provozu, online léčebnou intervenci pro uživatele konopných látek, pod názvem „Končím s hulením“ (www.sananim.cz). V českém jazyce je dostupných také několik online programů pro odvykání kouření, jedná se například o bezplatnou online kampaň Evropské komise „ExSmokers“ (<http://www.exsmokers.eu/cz-cs/>) či mobilní aplikaci „QuitNow!“ (<https://play.google.com/store>).

2.1.5 Hranice a možnosti internetového poradenství/psychoterapie

Internetové poradenství/psychoterapie může být využíváno buďto jako samostatný poradenský/psychoterapeutický prostředek anebo jako doplněk ke klasickému face to face poradenství/psychoterapii (Mallen, 2005). Výzkumy realizované v oblasti tohoto typu poradenství/psychoterapie ukazují, že využití online prostředí mezi klientem a poradcem/terapeutem může být pro klienty velmi přínosné, v určitých případech dokonce přínosnější než v porovnání s klasickým face to face kontaktem. Existují zde však také jistá rizika a omezení, online poradenství/psychoterapie není vhodné pro všechny typy klientů a přináší s sebou celou řadu etických otázek, což by nemělo být opomíjeno (Barnard, 2010). Jednotlivé výhody a nevýhody online poradenství/psychoterapie jsem zmínila již v předchozích kapitolách, které popisují samotné způsoby a formy poskytování online poradenství/psychoterapie. V této kapitole bych ale chtěla představit pojem *efekt disinhibice*, který je často zmiňován v souvislosti s komunikací v online prostředí (Suler, 2004).

2.1.5.1 Efekt disinhibice

V online poradenství/psychoterapii sehrává velkou roli *disinhibiční faktor*, jež je popisován jako ztráta zábran při komunikaci. Suler (2004) rozlišuje 2 jeho póly a to benigní a toxickou. Při benigní disinhibici lidé v komunikaci sdílejí velmi osobní údaje, popisují své emoce, obavy a přání, chovají se otevřeněji a spontánněji. Na druhé straně toxická disinhibice umožňuje klientům snadněji vyjadřovat svůj hněv, kritiku, agresivitu a vulgaritu. Na internetu člověk více odhaluje své pravé já a nezáleží mu tolik na dobré sebe-reputaci, jako tomu obvykle bývá při běžném face to face kontaktu (Suler, 2004). Efekt disinhibice má v online poradenství/psychoterapii tu výhodu, že klienti bývají více otevření a sdílí podstatné informace dříve než při běžném, osobním kontaktu (Barnard, 2010).

2.2 Online psychoterapie pro osoby s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu

Poruchy vyvolané užíváním alkoholu jsou celosvětově rozšířeným problémem veřejného zdraví, se závažnými dopady na mnoho oblastí lidského života. Globálně ovlivňují nemocnost a úmrtnost, zatěžují ekonomické náklady společnosti a v neposlední řadě způsobují uživatelům závažné sociální problémy v osobním životě. I přes to většina problémových uživatelů alkoholu nikdy nevyhledá odbornou pomoc, například ve Spojených státech amerických se v roce 2001 léčilo s poruchou zneužívání alkoholu 16% problémových uživatelů/závislých, v Nizozemsku to bylo v roce 2006 pouhých 10%. Když už se uživatelé přeci jen rozhodnou pro vyhledání odborné pomoci, bývá to obvykle až v pozdním stádiu, často po deseti i více letech zneužívání alkoholu. Je proto důležité rozšířit nabídku služeb tak, aby co nejvíce vyhovovala osobám, které mají problémy s pitím alkoholu. Online intervence přináší nové možnosti, jak oslovit větší a rozmanitější část populace problémových uživatelů alkoholu, než tomu bylo doposud (Postel et al., 2010).

2.2.1 Počet osob s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu v ČR

Jak uvádí Csémy, podle reprezentativního celopopulačního dotazníkového šetření z roku 2006 se odhaduje, že 2% české populace (tj. více než 140 tisíc ekonomicky aktivních obyvatel) konzumuje alkohol v takovém množství a s takovými problémy, které dosahují charakteru syndromu závislosti. Přitom pouze malé procento, přibližně 1/5, z nich vyhledá odbornou pomoc, v roce 2005 to bylo necelých 28 tisíc. Csémy dále uvádí, že podle konzervativních odhadů, reprezentujících dolní hranici, rizikovým či škodlivým způsobem pije v České republice alkohol téměř 1/5 dospělé ekonomicky aktivní populace, což je více než 1,3 milionu obyvatel (Csémy et al., 2008).

2.2.2 Pozitiva internetových intervencí pro osoby s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu

Moore uvádí, že ve srovnání s obvyklou léčbou, intervence založené na internetové technologii vedou ke snížení užívání návykových látek, zvyšují motivaci ke změně, vyznačují se lepší retencí a větší znalostí prezentovaných informací (Moore et al., 2011). Mezi dvě nejčastěji zmiňovaná pozitiva online intervencí pro uživatele alkoholu patří tyto následující:

2.2.2.1 Ekonomická efektivita

Jedním z velmi významných výhod online psychoterapeutických programů, která jsou výzvou pro vývoj nových léčebných online modalit, patří bezesporu jejich nákladová efektivita. Přestože vývoj nových online programů bývá nákladný, v zápětí jej, prakticky zadarmo, mohou využívat miliony lidí po celém světě, má tedy vysoký potenciál ke snižování finančních nákladů, na jinak velmi drahou zdravotní péči obvyklého typu (Blankers et al., 2009). Rehm uvádí, že z ekonomického hlediska náklady na léčbu, prevenci, výzkum a ušlou produktivitu v souvislosti s užíváním alkoholu a jeho léčbou,

v zemích s vyššími a středními příjmy, představují více než 1% (v USA dokonce 2,7%) hrubého domácího produktu (Rehm et al., 2009).

2.2.2.2 Rozšíření nabídky služeb i pro osoby, pro které jsou běžně formy nedostupné

V posledních letech došlo k rozvoji a hodnocení mnoha různých online intervencí pro problémové uživatele alkoholu. Tento vývoj byl motivován touhou zajistit snadno přístupné služby pro široký okruh uživatelů alkoholu s poruchami vyvolanými jeho užíváním, kteří nemají zájem o tradiční léčbu (Cunningham et al., 2011). Online intervence mohou rozšiřovat nabídku služeb i pro klienty, pro které jsou klasické typy intervencí z různých důvodů nedostupné, ať už je to kvůli strachu ze stigmatizace, nedostupnosti či špatné organizaci, otevíracím hodinám nebo vysokému prahu služeb (Blankers et al., 2011).

2.2.3 Charakteristiky uživatelů online terapeutických programů

Nizozemská studie *Characteristics of Problem Drinkers in E-therapy versus Face-to-Face Treatment* (Postel et al., 2011), porovnávala charakteristické znaky klientů online terapeutických programů pro osoby s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu s klienty klasické face to face terapie. Bylo zjištěno, že online programy navštěvovali klienti, kteří byli odlišní od těch využívajících face to face terapii, v následujících oblastech. *Pohlaví* – do online terapeutického programu bylo zapojeno daleko více žen, což bylo očekáváno, jelikož ženy častěji než muži hledají na internetu informace související se zdravím. Dalším důvodem, proč ženy upřednostňují online léčbu, může být anonymita, která usnadňuje ženám bezpečněji hledat pomoc, například kvůli strachu o odebrání dětí z péče. *Věk* – ukázalo se, že klienti online programu byli starší v porovnání s klienty klasické face to face léčby. Toto zjištění nekoresponduje s jinými výzkumy, které uvádějí spíše mladší věkové kategorie (např.: Swan & Tyssen, 2009, a Lieberman & Huang, 2008), důvodem může být podle autorů velká intenzita a náročnost programu. *Vzdělání* - výrazně více klientů online

terapie mělo vysokoškolské vzdělání. Vysvětlení tohoto rozdílu může taktéž souviset s tím, že jedinci s vysokoškolským vzděláním častěji hledají informace týkající se zdraví na internetu. Dalším důvodem může být strach ze stigmatizace, tito lidé výrazněji pociťují negativní obraz závislosti, což odpovídá zkušenostem z praxe, kde je zřejmé, že více vzdělaní lidé se při face to face léčbě návykových poruch cítí méně pohodlně než méně vzdělaní klienti. *Zaměstnaní* - ve skupinách online terapie bylo významně více klientů, kteří měli placenou práci a také osob samostatně výdělečně činných. To může být důsledkem pružnosti a dostupnosti online léčebných programů, klienti nejsou omezeni otevírací dobou a na léčbě svého problému mohou pracovat kdykoli se jim to hodí. *Předchozí léčba* - výrazně méně klientů online terapie mělo zkušenosti s předchozí léčbou. Tato skutečnost může znamenat schopnost online terapie zachytit problémové uživatele alkoholu již v rané fázi jejich onemocnění a/nebo ukazuje, že se jedná o opravdu snadno dostupný způsob jak získat léčbu. Z výsledků této studie vyplývá, že online terapie snižuje překážky léčebných zařízení a zvyšuje dostupnost pro více škodlivých uživatelů alkoholu, které je obtížné zahrnout do klasické pravidelné face to face terapie (Postel et al., 2011).

2.2.4 Druhy online psychoterapie pro škodlivé užívání alkoholu

Na internetu existuje široké spektrum léčebných možností pro osoby ohrožené škodlivým užíváním a závislostí na alkoholu. V současné době jsou pro uživatele alkoholu na internetu dostupné čtyři základní typy služeb – (a) informace, (b) online krátká intervence, (c) online psychoterapie a poradenství a (d) online setkání svépomocných skupin (Holcnerová & Vacek, 2010).

2.2.4.1 Informace

Četné průzkumy ukázaly, že poměrně velká část populace vyhledává na internetu informace o zdraví, zdravotních problémech a jejich léčbě (Baker et al., 2003). Na internetu je k dispozici velké množství informací týkajících se alkoholu, jeho vlivu na lidský organismus, o rizicích spojených s jeho užíváním a o možnostech léčby či kontrolovaného

užívání. Tyto informace mohou u uživatelů alkoholu zvýšit motivaci k léčbě a poskytnou návod jak užívání omezit či kde vyhledat odbornou pomoc. Na druhou stranu mají ale informační webové stránky i svá negativa a omezení, k nimž patří zejména velké množství uváděných informací, často neuspořádaných, zmatečných a v mnoha případech i nerelevantních (Holcnerová & Vacek, 2010).

2.2.4.2 Online krátká intervence

Koncept krátké intervence, jehož účelem byla včasná identifikace rizikových uživatelů alkoholu a omezení jejich rizikového způsobu užívání, byl vyvinut odborníky v 80. letech minulého století. Krátké intervence byly umístěny do ordinací praktických lékařů, protože se předpokládalo, že osoby užívající alkohol vyhledají zdravotní služby pro své somatické potíže způsobené právě nadměrným užíváním alkoholu. Postupem času byl koncept krátké intervence upraven i pro prostředí internetu. Mezi základní komponenty online krátké intervence patří online dotazník, nejčastěji AUDIT (Babor et al., 2001) nebo FAST (Linke, 2004) a zpětná vazba, založená na výsledku dotazníku, která se po vyplnění dotazníku automaticky zobrazí na monitoru anebo je uživateli zaslána v emailové podobě. Zpětná vazba mívá popisný, neodsuzující charakter a obvykle obsahuje informace týkající se negativních důsledků užívání alkoholu, doporučení k omezení jeho užívání, popřípadě nabídku organizací, které poskytují odbornou pomoc (Holcnerová & Vacek, 2010). Zpětná vazba může obsahovat také grafy, zobrazující množství zkonsumovaného alkoholu společně s množstvím, za alkohol, utracených peněz, ve vztahu k určitému časovému období a také může obsahovat porovnání užívání alkoholu s pitnými normami, které jsou běžné v obecné populaci, jako například: „průměrný muž spotřebuje více než 5 alkoholických nápojů méně než jednou za měsíc“ anebo „dvě třetiny mužů uvádějí, že nikdy nezažili výpadky vědomí, v důsledku svého pití“ (Blankers et al., 2011).

2.2.4.3 Online poradenství/psychoterapie

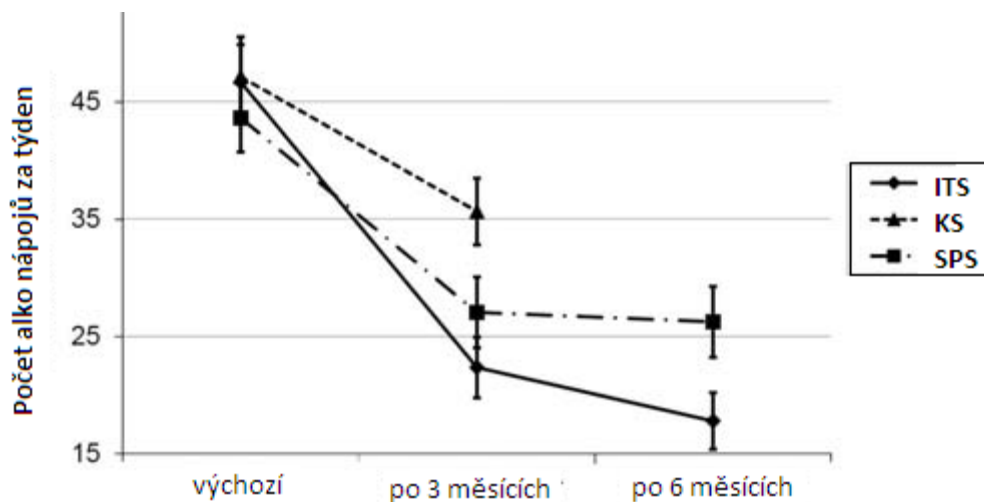
Problematikou online poradenství/psychoterapie jsem se podrobně zabývala již v úvodní části této práce. V kontextu problémového užívání alkoholu jsou nejčastěji

využívány 2 základní typy online poradenství/psychoterapie a to *individuální terapie využívající interakce přes internet*, kdy poradce/psychoterapeut poskytuje klientovi zpětnou vazbu a reaguje na jeho potřeby, ve všech výše uvedených synchronních i asynchronních formách online psychoterapie a poradenství (*otázka a odpověď, emailová forma, chatová forma, videokonference, online skupiny*) a *online svépomocné programy*, kterým se budu věnovat v samostatné kapitole. Při poskytování online psychoterapie a poradenství pro osoby s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu, jsou nejčastěji využívány prvky kognitivně behaviorální terapie (KBT) a/nebo technik motivačních rozhovorů (MI). Tato kombinace je v současné době obecně široce využívanou metodou pro léčbu poruch vyvolaných užíváním alkoholu (Blankers et al., 2011).

Efektivita různých typů online psychoterapeutických programů pro osoby s problémovým užíváním alkoholu

Blankers hodnotil a porovnával efektivitu dvou různých online léčebných programů pro škodlivé uživatele alkoholu, ve srovnání s kontrolní skupinou (KS), která byla v pořádku a zatím neobdržela žádný typ léčby. Jedním z nich byl anonymní, plně automatizovaný svépomocný program (SPS), využívající různé CBT a MI prvky, jeho součástí byl mimo jiné i záznam konzumace alkoholu, online deník, stanovení cílů a prevence relapsu. Tím druhým byla pravidelná, intenzivnější a přísněji strukturovaná terapeutem synchronně vedená léčba (ITS), taktéž založena na CBT a MI prvcích. Blankers zkoumá změnu oproti výchozímu stavu po 3 a 6 měsících účasti v programu a dále změny kvality života a problémů spojených s užíváním alkoholu. Po 3 měsících se u obou skupin snížila spotřeba alkoholu, nepotvrdil se však předpoklad, že u skupiny vedené terapeutem (ITS) bude snížení výrazně větší než u skupiny využívající svépomocný program (SPS), tato hypotéza byla potvrzena až po 6 měsících trvání výzkumu. U účastníků obou programů bylo ale patrné zlepšení kvality života a snížení problémů pramenících z užívání alkoholu. Z tohoto výzkumu dále vyplývá, že oba online programy jsou účinné pro snížení problémového užívání alkoholu, ale větší účinky přináší terapeutem vedená intervence (ITS). Následující obrázek znázorňuje snížení průměrné týdenní konzumace alkoholických nápojů po 3 a 6 měsících trvání výzkumu u zkoumaných skupin uživatelů (Blankers et al., 2009 & Blankers et al., 2011).

Graf č. 1: Snížení týdenní konzumace alkoholu, po třech a šesti měsících trvání programu oproti výchozímu stavu, podle typu intervencí (Blankers et al., 2011)



2.2.4.4 Online setkání svépomocných skupin

Tyto služby jsou poskytovány zejména v rámci internetových stránek svépomocných skupin, jako je například hnutí Anonymních alkoholiků, a jiných organizací, jejichž cílem je kontrolované užívání alkoholu. Webové stránky těchto organizací, nabízející online setkání svépomocných skupin, obsahují také informace o filozofii těchto hnutí, principech léčby a kontakty na svépomocné skupiny v jednotlivých městech. Komunikace v těchto skupinách probíhá formou synchronní, využívající výhod chatovacích místností, i asynchronní, nejčastěji ve formě diskusních skupin, kam lze přispívat své příspěvky po určité časové období. Mezi nejčastěji zmiňované výhody online svépomocných skupin patří vysoký stupeň anonymity, možnost odhalit se ostatním až ve chvíli, kdy se uživatel ve skupině cítí bezpečně, díky psanému projevu je zde větší kontrola nad vlastními reakcemi a myšlenkami a trvalý záznam diskusí, ke kterým se může uživatel opakovaně vracet. Mezi negativa patří samozřejmě absence neverbální složky komunikace, delší doba potřebná k vytvoření skupinové sounáležitosti a riziko podpoření sociální izolace či závislostního chování na internetu (Holcnerová & Vacek, 2010).

2.2.5 Důvody pro předčasné ukončení online terapeutického kontaktu

Vysoká míra výpadku před dokončením léčby je jedním z největších problémů a omezení online terapeutických programů, pro zefektivnění těchto intervencí je velmi důležité odhalit nedostatky, které jsou toho příčinou. Jedna nizozemská studie, hodnotící asynchronně vedený online terapeutický program, s prvky KBT a MI, pro problémové uživatele alkoholu s aktivním zapojením terapeuta, se pokusila tyto důvody systematicky zkoumat (Postel et al., 2010). Ze 78 účastníků tohoto programu předčasně ukončilo léčbu 42 z nich. Výzkumníci se pokusili kontaktovat tyto osoby a následně analyzovat důvody, které je vedly k předčasnému ukončení léčby. Ze 42 účastníků 14 uvedlo, že důvodem k předčasnému ukončení léčby byly jejich osobní důvody, které nesouvisely s online terapeutickým programem či studií (např. nemoc člena rodiny), 10 účastníků nebylo spokojeno s „formou“ (protokolem) léčby (např. zdála se jim příliš intenzivní), 6 účastníků uvedlo, že dosáhli pozitivního výsledku a nepovažovali za nutné v programu pokračovat, 1 osoba nebyla spokojená s online terapeutickým kontaktem a 1 účastník se přesunul do face to face léčby, u 2 účastníků byla léčba ukončena terapeutem a zbylých 8 účastníků studie se nepodařilo kontaktovat, jelikož neuvedli aktuálně platné telefonní číslo (Postel et al., 2010). Oproti očekávání výsledky ukazují, že předčasné ukončení e-terapeutického programu automaticky neznamená, že u účastníka došlo k relapsu (Postel et al., 2010 & Christensen & Mackinnon, 2006).

2.3 Online svépomocné programy pro osoby se škodlivým užíváním alkoholu

Podstatou online svépomocných programů je, že člověk sám prochází předem naprogramovaným programem se silnou teoretickou oporou, poskytující informace a různé interaktivní prvky. Některé svépomocné programy jsou doplněny i o možnost kontaktu s terapeutem či ostatními účastníky programu. Online svépomocné intervence zaměřené na problematiku alkoholu, bývají primárně určeny pro osoby se *škodlivým užíváním alkoholu*. Svépomocné programy bývají intenzivní a z časového hlediska obvykle dlouhodoběji plánované, některé programy uvádí doporučení, jak dlouho by klienti měli

program využívat, například Blankers či Riper, kteří ve své studii představují čtyř a šesti týdenní svépomocné programy (Blankers et al., 2011 & Riper et al., 2008). Většina svépomocných programů pro škodlivé užívání alkoholu je modelově navržena a využívá prvky kognitivně behaviorální terapie (KBT) a motivačních rozhovorů (MI). Tato kombinace se jeví jako velmi účinná v online intervencích pro poruchy vyvolané užíváním návykových látek a v současné době je nejčastěji využívanou volbou pro potřeby svépomocných programů pro škodlivé uživatele alkoholu (Blankers et al., 2011). Četné studie dokazují účinnost tohoto typu intervencí (např. Blankers et al. 2011 & Sinadinovic et al., 2014 & Dulin et al., 2014).

2.3.1 Cíle online svépomocných programů

Hlavním cílem online svépomocných programů pro osoby se škodlivým užíváním alkoholu je redukce konzumace či úplná abstinence jeho užívání. Blankers dále uvádí, že online svépomocné programy by také měly pomoci uživatelům objektivně nahlédnout na své vlastní návykové chování, ve vztahu k alkoholu, a problémy pramenící z tohoto užívání, následně by se měly snažit o podporu a pomoc při změně tohoto chování. Svépomocné programy by měly naučit rozpoznávat spouštěcí faktory, vedoucí k užívání alkoholu, snažit se o zmapování emocí a myšlenek, které tomuto užívání předcházejí a doprovázejí jej. Součástí programů by měl být i trénink dovedností, který má připravit klienta na předcházení a zvládání rizikových situací s cílem úspěšně odolat alkoholu. Dalšími KBT prvky, využívanými těmito programy, patří například vedení online deníku se zaznamenáváním spotřeby alkoholu, stanovení si dosažitelných cílů a intervence věnované teorii prevence relapsu (Blankers, 2008).

2.3.2 Meze online svépomocných programů

V současné době je největším nedostatkem svépomocných online programů to, že jsou předem naprogramované a intervence jsou uniformě dodávány napříč všem klientům, nemohou tedy intuitivně reagovat na aktuální potřeby jednotlivce, což může mít za následek nízkou přilnavost a vysoký podíl výpadku před dokončením léčby.

(Blankers et al., 2011 & Moore et al., 2001 & Riper et al., 2008). Eysenbach uvádí, že online svépomocné programy dokončí často méně než 50% účastníků (Blankers et al., 2011). Na druhou stranu má však tato uniformita i určitou terapeutickou hodnotu a z vědeckého hlediska umožňuje podrobné zkoumání aktivních složek poskytovaných intervencí (Moore et al., 2011).

2.3.3 Struktura online svépomocných programů

Online svépomocné programy pro osoby se škodlivým užíváním alkoholu bývají rozděleny do několika, po sobě logicky navazujících částí/fází, které bývají obvykle tři až čtyři. V následujícím souhrnu představím model online svépomocných programů, se kterým jsem se při zpracování své práce nejčastěji setkávala. (Blankers et al., 2011).

2.3.3.1 První fáze svépomocných programů

Tato fáze by mohla být charakterizována jako přípravná (Riper et al., 2008). Je založená na prvcích motivačních rozhovorů a jejím cílem je podpořit uživatele v jeho rozhodnutí o změně chování ve vztahu ke škodlivé konzumaci alkoholu (Murray et al., 2012). Součástí této fáze je sledování spotřeby alkoholu, nastavení cílů, kterých chce uživatel v průběhu trvání programu dosáhnout a naučit se identifikovat situace, které nejčastěji vedou ke konzumaci alkoholu. Uživatelé programu mají v této fázi k dispozici online deníček, kam zapisují zprávy související s konzumací alkoholu, popisují situace, ve kterých ke konzumaci došlo, podněty a vnitřní stavy jako emoce a myšlenky, které užívání alkoholu doprovázely. Uživatelé se tak učí rozeznávat vzorce užívání alkoholu, pro ně typické, a identifikovat situace, které jsou v tomto ohledu rizikové (Blankers et al., 2011). V některých programech je stanovení cílů a vedení deníčku součástí druhé fáze anebo tvoří samostatnou fázi (Riper et al., 2008).

2.3.3.2 Druhá fáze svépomocných programů

Tato část je obvykle označovaná jako fáze změny (Blankers et al., 2011 & Murray et al., 2012 & Riper et al., 2008). Uživatelům je zde, na základě údajů zaznamenávaných do online deníčku, poskytnuta zpětná vazba, ve formě komentářů, které jsou obvykle obohaceny o různé grafy či tabulky, zobrazující konzumaci alkoholu uživatele, kontexty pití - činnosti a vnitřní stavy, které k užití vedly. Program také porovnává uživatelskou současnou spotřebu alkoholu s cílem, který si stanovil v první fázi programu. Zpětná vazba pomáhá účastníkům získat náhled na to, jak se jim v procesu změny daří (Blankers et al., 2011). Murray uvádí, že v této fázi jsou využívány prvky kognitivně-behaviorální terapie a behaviorálních sebe-regulačních technik, které pomáhají při snižování užívání alkoholu (Murray et al., 2012).

2.3.3.3 Třetí fáze svépomocných programů

Cílem této fáze je udržení dosažených změn a prevence relapsu (Blankers et al., 2011 & Murray et al., 2012 & Riper et al., 2008). V této části uživatelé programu získávají znalosti a dovednosti související s včasným uvědoměním si a následně zvládnutím bažení či případného relapsu. Uživatelé jsou teoreticky připravováni na zvládání sociálního tlaku a dalších rizikových situací. Jsou také vedeni k zapisování si získaných poznatků a dovedností, které by jim mohly být v budoucnu nápomocné při zvládání rizikových situací (Blankers et al., 2011).

2.3.3.4 Čtvrtá fáze svépomocných programů

Tato fáze nabízí uživatelům svépomocného programu sociální podporu, na které se podílejí ostatní klienti. Uživatelé mají k dispozici online diskusní fórum, kde spolu mohou navzájem komunikovat, vzájemně se motivovat a dělit o své zkušenosti a poznatky týkající se používání aplikace, zvládání rizikových situací či lapsů a podobně (Blankers et al., 2011).

Existují samozřejmě i další modely online svépomocných programů a jejich variace. Například jeden švédský svépomocný program (www.alkoholhjalpen.se) není rozčleněn do uvedených fází, ale skládá se z osmnácti jednotlivých tematických modulů (rizikové situace, deníček pití, formulace cíle, řešení problémů, nová řešení, zvládání chutí, prevence relapsu a další), přičemž každý modul obsahuje psycho-edukační texty, interaktivní cvičení a videa. Všechny moduly jsou uživatelům programu volně k dispozici a ti si mohou libovolně podle svého uvážení vybrat, na čem chtějí pracovat. Jak již bylo zmíněno, součástí tohoto programu je také online deníček, do kterého si uživatelé zaznamenávají konzumaci alkoholu a po delší době pak mohou sledovat svůj pokrok. I tento program osahuje otevřené diskusní fórum, kde spolu mohou uživatelé navzájem komunikovat, což ale není podmínkou (Sinadinovic, et al., 2014).

2.3.4 Svépomocný program kliniky adiktologie

V České republice, v rámci online poradny adiktologické ambulance, kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty univerzity Karlovy v Praze, vznikl a dne 1.1.2011 byl spuštěn online svépomocný intervenční program, pro osoby, které mají problém se závislostí na internetu či prokrastinačními tendencemi. Svépomocný program byl v roce 2013 rozšířen také o intervenci pro škodlivé uživatele alkoholu. I tento svépomocný program je založen na prvcích kognitivně-behaviorální terapie a motivačních rozhovorů a je rozdělen do tří základních, na sebe navazujících, částí a to: motivační fáze, fáze změny a fáze prevence relapsu (poradna.adiktologie.cz). V praktické části své bakalářské práce budu zpracovávat právě data uživatelů, kteří se zaregistrovali do tohoto svépomocného programu pro škodlivé uživatele alkoholu.

3 Praktická část

3.1 Výzkum

3.1.1 Cíl výzkumu

Cílem praktické části této bakalářské práce je, prostřednictvím zpracování dostupných dat *svépomocné aplikace pro škodlivé užívání alkoholu* internetové poradny kliniky adiktologie, 1. LF UK v Praze, popsat vybrané charakteristiky a aktivní zapojení uživatelů, kteří se do tohoto programu, v průběhu prvních dvou let jeho fungování, zaregistrovali. Mezi oblasti, které budou u těchto uživatelů zkoumány, patří: (a) míra škodlivosti, s jakou je alkohol u uživatelů programu užíván, (b) vzorce užívání alkoholu, pro ně typické či nejčastěji se vyskytující, (c) jaké z příznaků, poukazujících na možnou přítomnost závislosti na alkoholu, se u uživatelů vyskytují, (d) motivy, které vedou uživatele programu k užívání alkoholu, (e) jaké negativní důsledky jim užívání alkoholu přineslo, (f) motivy, které naopak vedou uživatele k registraci do svépomocného programu a očekávané přínosy v případě omezení užívání alkoholu. Zároveň budu také zkoumat (g) v jaké fázi procesu změny se uživatelé programu nacházejí, (h) s jakým cílem se do svépomocného programu přihlásili, (i) zda se jim stanovených cílů podařilo dosáhnout a (j) zda navštívili i jiný svépomocný program, nabízený online poradnou. Výsledky analýzy dat mohou být přínosem pro další fungování a zatraktivnění tohoto svépomocného programu.

3.1.2 Výzkumné otázky

- Jaká je míra škodlivosti užívání alkoholu uživatelů svépomocného programu?
- Jaké vzorce užívání alkoholu jsou pro uživatele programu typické nebo se vyskytují nejčastěji?
- Jaké příznaky závislosti na alkoholu se u uživatelů projeví?
- Jaké motivy mají uživatelé pro pití alkoholu?
- Jaké negativní důsledky přineslo uživatelům programu užívání alkoholu?

- Jaké jsou motivy uživatelů svépomocného programu k jejímu využití a ke změně?
- V jaké fázi procesu změny se uživatelé programu nacházejí?
- S jakými cíli uživatelé vstupovali do svépomocného programu?
- Podařilo se uživatelům programu naplnit tyto své cíle?
- Navštívili uživatelé svépomocného programu pro škodlivé užívání alkoholu i další svépomocný program nabízený online poradnou?

3.1.3 Metodologie

3.1.3.1 Zdroje dat

Svépomocná aplikace pro osoby se škodlivým užíváním alkoholu je součástí online poradny adiktologické ambulance, která je provozována na webu adiktologie: poradna.adiktologie.cz. Online poradna je rozčleněna na 4 části – podle typu závislostního problému, na alkohol, závislost na internetu, prokrastinaci a ostatní závislosti.

Výzkumný soubor je tvořen uživateli svépomocného programu, z metodologického hlediska je metodou výběru typ prostého záměrného výběru, kde kritériem výběru je registrace do svépomocného programu, za účelem *chci se změnit*. Analyzovaná data se skládají z výsledků *testu pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu* (AUDIT), *sociodemografických údajů*, které uživatelé uváděli v testu a při registraci do svépomocného programu a z *odpovědí*, které uváděli v jednotlivých kapitolách svépomocného programu.

Test může klient vyplnit a přitom nevstupovat do programu, ale v případě, že chce vstoupit do programu, musí dotazníkem projít. Pro vstup do programu je nutná registrace, kde uživatel vyplní své přihlašovací údaje, základní sociodemografická data a zvolí svůj záměr pro využívání svépomocného programu, na výběr má ze dvou možností a to *jen zkouším* nebo *chci se změnit*. Možnost „*jen zkouším*“ je určena pro uživatele, kteří nejsou zcela rozhodnutí pro využívání svépomocného programu a chtějí se pouze podívat, jak program funguje. Přestože si uživatelé zvolí tuto možnost, mohou programem projít až do konce.

Test AUDIT

AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test, je krátký screeningový dotazník, který byl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací v 80. letech minulého století, slouží pro včasné rozpoznání osob s rizikovou konzumací alkoholu. Dotazník obsahuje 10 otázek, přičemž první tři otázky se týkají množství a frekvence pití alkoholu, další tři otázky jsou zaměřeny na možný výskyt příznaků závislosti a poslední čtyři otázky se snaží odhalit indikátory škodlivého pití alkoholu. Dotazník po vyhodnocení rozlišuje tři úrovně rizika užívání alkoholu, které jsou ohraničeny bodovým skórem. Jak zobrazuje tabulka č. 1, bodové skóre 8-14, poukazuje na rizikové pití alkoholu, 15-19 na škodlivé užívání alkoholu a výsledek 20-40 poukazuje na možnou přítomnost závislosti na alkoholu, dotazník AUDIT nicméně není diagnostickým nástrojem a proto je pro stanovení diagnózy potřeba dalších vyšetření (Babor et al., 2001).

Vyplnění dotazníku trvá obvykle 2 až 4 minuty a je vyhodnoceno okamžitě. V případě, že klientovo bodové skóre je vyšší než 8, je mu doporučeno omezit užívání alkoholu, v případě, že klient dosáhl bodového skóre v rozmezí 15-19 bodů, je mu doporučen vstup do svépomocného programu, který může pomoci omezit konzumaci alkoholu, v případě, že klientovo skóre je vyšší než 20, je mu kromě vstupu do aplikace zároveň doporučeno vyhledat pomoc odborníka (poradna.adiktologie.cz).

Tabulka č. 1: Úrovně rizika pití alkoholu podle bodového skóre AUDIT (Babor et al., 2001)

Bodové skóre	Úroveň rizika
0 - 7	Pití s nízkým rizikem
8 - 14	Rizikové pití alkoholu
15 - 19	Škodlivé pití alkoholu
20 - 40	Závislost na alkoholu

Svépomocný program

Vlastní svépomocný program je systematicky rozčleněn do tří základních částí a to *motivační fáze, fáze změny a prevence relapsu*. Každá z těchto částí se dále člení na několik tematicky zaměřených kapitol, které obsahují informativní texty, popisující různé charakteristiky rizikového pití, a na ně přímo navazují otázky související s probíraným tématem. Ve své práci budu, kvůli obsáhlosti třetí fáze, analyzovat pouze data ze dvou částí tohoto svépomocného programu a to *motivační fáze a fáze změny*.

Motivační fáze je první částí svépomocného programu, slouží k mapování vlastního užívání alkoholu a jejím cílem je, aby uživatelé porozuměli vlastnímu pití a uvědomili si jeho stinné stránky. Tato fáze obsahuje 6 kapitol. Jsou zde popsány různé *vzorce užívání alkoholu a příznaky závislosti na alkoholu*, zájemci jsou vyzváni, aby se zamysleli nad tím, který vzorec užívání alkoholu je pro ně typický anebo které z příznaků závislosti se u nich vyskytují. Následně by se zájemci měli zamyslet nad motivy, které je obvykle vedou k pití alkoholu. V programu je také upozorněno na negativní důsledky nadměrného pití a klienti se mají zamyslet nad tím, k jakým negativním důsledkům vedlo pití v jejich konkrétním případě. Další kapitola se naopak vybízí klienty k tomu, aby se zamysleli nad tím, co pozitivního jim do života přinese změna v oblasti pití alkoholu. V poslední kapitole této části je popsán model procesu změny a klienti mají označit, ve které fázi procesu změny se právě nacházejí.

Po motivační fázi následuje samotná *fáze změny*, v této části svépomocného programu jsou popsány možnosti, jak skončit s nadměrným užíváním alkoholu. Uživatelé se mají rozhodnout, zda chtějí své pití omezit anebo s ním úplně přestat. Součástí této fáze je také deníček, s jehož pomocí si uživatelé plánují množství alkoholu, které vypijí v následujícím časovém období a následně, díky opakovanému přihlašování reflektují, jak se jim v této souvislosti dařilo.

Poslední fází svépomocného programu je *prevence relapsu*, která má uživatelům pomoci co nejdéle udržet změnu ve vztahu k užívání alkoholu, pro kterou se rozhodli. Tato část je také rozčleněna do šesti kapitol, ve kterých jsou klienti seznámeni s pojmem relaps a s okolnostmi, které mu obvykle předcházejí. Velká pozornost je zde věnovaná

nerovnováze životního stylu a z ní pramenícím zdrojům stresu, chybám v myšlení, identifikaci vysoce rizikových situací a psychologickým pastem, uživatelé mají opět na konci každé kapitoly možnost vyplnit a uvést své vlastní zkušenosti (poradna.adiktologie.cz).

3.1.3.2 Výzkumný soubor

Do svépomocného programu pro škodlivé užívání alkoholu se, v průběhu prvních dvou let (leden 2013 až únor 2015) od jeho spuštění, zaregistrovalo celkem 171 uživatelů, z toho 84 žen (49,1 %) a 87 mužů (50,9 %). Jak již bylo zmíněno výše, podmínkou pro zařazení do výzkumného souboru bylo označení možnosti „*chci se změnit*“, během registrace do programu. Tuto možnost označilo celkem 142 uživatelů (83,0 %), přičemž se jednalo o 67 žen (47,2 %) a 75 mužů (52,8 %).

Tabulka č. 2: Porovnání základního a výzkumného souboru, rozděleno podle pohlaví, procentuálně vztaženo k základnímu souboru

	Základní soubor		Výzkumný soubor	
	N	%	N	%
Ženy	84	49,1 %	67	79,8 %
Muži	87	50,9 %	75	86,2 %
Celkem	171	100 %	142	83,0 %

V následující tabulce č. 3 jsou uvedeny základní sociodemografické charakteristiky uživatelů programu.

Z hlediska věku byla nejpočetněji zastoupena věková kategorie od 25 do 34 let (33,1 %), významně zastoupená byla i věková kategorie od 35 do 44 let (26,8 %). Mezi nejméně zastoupené věkové skupiny patřili uživatelé ve věku od 15 do 18 let (1,4 %) a nejstarší uživatelé programu, ve věkové skupině 65 let a více (0,7 %).

Z hlediska dosaženého vzdělání dominují výzkumnému souboru vysokoškolsky vzdělaní lidé (47,9 %), dále jsou zde významně zastoupeni i absolventi středních škol s maturitou (30,3 %). Nejméně účastníků bylo absolventy vyšších odborných škol (3,5 %).

Jako další uváděli uživatelé programu svůj zaměstnanecký status. Zde nadpoloviční většina uživatelů (53,5 %) uvedla, že jsou zaměstnanci, významně jsou zde zastoupeny i osoby samostatně výdělečně činné (21,8 %). Nejméně početnou skupinu tvoří matky na mateřské dovolené (4,2 %) a starobní důchodci (2,1 %).

Uživatelé svépomocného programu byli ze všech 14 krajů České republiky. Nejpočetněji bylo zastoupeno hlavní město Praha (41,5 %), dále byly významněji zastoupeny také kraje Moravskoslezský (9,9 %), Středočeský (8,5 %) a Jihomoravský (7,7 %), nejméně uživatelů pocházelo z krajů Libereckého (1,4 %) a Královéhradeckého (1,4 %).

Jak již bylo zmíněno výše, pohlaví jsou ve výzkumném souboru zastoupena víceméně rovnoměrně, přičemž počet mužů (52,8 %) lehce převyšuje počet žen (47,2 %).

Tabulka č. 3: Základní sociodemografické údaje účastníků výzkumného souboru, rozděleno podle pohlaví

		Celkem		Pohlaví			
				Ženy		muži	
		absolutně	relativně	N	%	N	%
Věk	méně než 15	8	5,6 %	5	3,5 %	3	2,1 %
	15 – 18	2	1,4 %	0	0,0 %	2	1,4 %
	19 – 24	11	7,7 %	3	2,1 %	8	5,6 %
	25 – 34	47	33,1 %	23	16,2 %	24	16,9 %
	35 – 44	38	26,8 %	16	11,3 %	22	15,5 %
	45 – 54	27	19,0 %	18	12,7 %	9	6,3 %
	55 – 64	8	5,6 %	2	1,4 %	6	4,2 %
	65 a více	1	0,7 %	0	0,0 %	1	0,7 %
Vzdělání	základní	16	11,3 %	8	5,6 %	8	5,6 %
	střední bez maturity	10	7,0 %	3	2,1 %	7	4,9 %
	střední s maturitou	43	30,3 %	17	12,0 %	26	18,3 %
	VOŠ	5	3,5 %	3	2,1 %	2	1,4 %
	VŠ	68	47,9 %	36	25,4 %	32	22,5 %
Zaměstnání	žák/student	17	12,0 %	7	4,9 %	10	7,0 %
	nezaměstnaný	9	6,3 %	5	3,5 %	4	2,8 %
	zaměstnanec	76	53,5 %	34	23,9 %	42	29,6 %
	OSVČ	31	21,8 %	14	9,9 %	17	12,0 %
	mateřská dovolená	6	4,2 %	6	4,2 %	0	0,0 %
	starobní důchod	3	2,1 %	1	0,7 %	2	1,4 %
Bydliště - kraj	hlavní město Praha	59	41,5 %	29	20,4 %	30	21,1 %
	Středočeský	12	8,5 %	5	3,5 %	7	4,9 %
	Karlovarský	8	5,6 %	4	2,8 %	4	2,8 %
	Plzeňský	4	2,8 %	1	0,7 %	3	2,1 %
	Ústecký	5	3,5 %	3	2,1 %	2	1,4 %
	Liberecký	2	1,4 %	2	1,4 %	0	0,0 %
	Královéhradecký	2	1,4 %	1	0,7 %	1	0,7 %
	Pardubický	6	4,2 %	6	4,2 %	0	0,0 %
	Jihočeský	3	2,1 %	2	1,4 %	1	0,7 %
	Vysočina	4	2,8 %	0	0,0 %	4	2,8 %
	Jihomoravský	11	7,7 %	5	3,5 %	6	4,2 %
	Olomoucký	6	4,2 %	2	1,4 %	4	2,8 %
	Zlínský	6	4,2 %	2	1,4 %	4	2,8 %
	Moravskoslezský	14	9,9 %	5	3,5 %	9	6,3 %
Pohlaví – celkem		142	100 %	67	47,2 %	75	52,8 %

3.1.3.3 Metoda zpracování a analýza dat

Data ze svépomocného programu budou zpracována formou tabulek pomocí programu Microsoft Excel. Kvalitativní data budou systematicky zpracována pomocí popisné statistiky a statistické analýzy závislostí jednotlivých proměnných na sobě. Bude použita i metoda prostého výčtu, jejíž pomocí vyjádřím vlastnosti jednotlivých jevů a jejich četnosti.

3.1.3.4 Etika

V rámci vyplňování dotazníků a registrace do programu, poskytují klienti pouze své sociodemografické charakteristiky a emailové adresy. Pro účely této práce budu pracovat se zcela anonymizovaným souborem, bez emailových adres, který mi byl dodán pracovníkem kliniky.

3.2 Výsledky

Výsledky analýzy dat jsou popsány v pořadí, které určuje svépomocný program. Jsou rozděleny do kapitol a podkapitol, tak jak po sobě chronologicky navazují ve svépomocném programu. Výsledky jsou rozděleny do dvou hlavních částí, ta první, nazvaná *Míra závažnosti problému s alkoholem uživatelů svépomocného programu*, propojuje základní sociodemografické údaje výzkumného souboru s výsledky dotazníku AUDIT. Druhá část, pojmenovaná *Analýza jednotlivých částí svépomocné aplikace*, mapuje postup uživatelů napříč prvními dvěma fázemi svépomocného programu, motivační fází a fází změny, a zobrazuje, které další nabízené intervence uživatelé programu navštívili. Motivační fáze a fáze změny obsahují několik kapitol, jejichž součástí jsou tematické informativní texty a otázky s nimi související. Právě odpovědi na tyto otázky jsou zdrojem pro analýzu dat druhé části svépomocného programu.

3.2.1 Míra závažnosti problému s alkoholem uživatelů svépomocného programu

Vyplnění testu AUDIT bylo podmínkou pro registraci do svépomocného programu, proto máme k dispozici výsledky všech uživatelů výzkumného souboru. Svépomocný program byl primárně vytvořen pro osoby se škodlivým užíváním alkoholu, v našem souboru do této kategorie spadá pouze 19,0 % uživatelů, nejpočetněji byla zastoupena kategorie alarmujícího pití, která poukazuje na možnou přítomnost závislosti na alkoholu, tohoto skóre dosáhlo 73,2 % uživatelů. Ve výzkumném souboru byla zastoupena bodová škála dotazníku AUDIT od 7 do 39 bodů, oba tyto póly byly obsazeny ženami. Muži a ženy byli ve všech kategoriích zastoupeni víceméně rovnoměrně.

Tabulka č. 4: Míra škodlivosti užívání alkoholu, hodnoceno pomocí bodového skóre AUDIT, podle pohlaví a doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)

	Celkem		Pohlaví		Ø skóre
	N	%	Ženy	Muži	
V rámci normy	2	1,4 %	2	0	7
Rizikové	9	6,3 %	5	4	11
Škodlivé	27	19,0 %	12	15	17
Alarmující	104	73,2 %	48	56	27
Celkem	142	100 %	67	75	16

Jak uvádí tabulka č. 5, porovnávací základní sociodemografické charakteristiky uživatelů programu s průměrnými výsledky testu AUDIT, z hlediska věku dosáhla průměrně nejvyššího bodového skóre věková kategorie od 19 do 24 let (27). Nebyly patrné žádné významné rozdíly mezi ženami a muži, průměrně nejvyššího bodového průměru (31) dosáhly ženy ve věkové kategorii od 55 do 64 let.

Vzhledem ke vzdělání uživatelů nebyly v souboru patrné žádné významné rozdíly. Nejvyšších bodových výsledků (28) dosáhli muži - absolventi vyšších odborných škol.

Co se týká zaměstnání, překvapivě jednoznačně nejvyššího bodového skóre dosáhly matky na mateřské dovolené (30), po nich následovaly ženy – osoby samostatně

výdělečně činné (27). Naopak nejnižších průměrných bodových výsledků dosáhly ženy ve starobním důchodu (9).

Celkově, v našem výzkumném souboru, dosahovali jak ženy, tak i muži shodného průměrného bodového skóru (24).

Tabulka č. 5: Základní sociodemografické údaje účastníků programu, rozděleno podle pohlaví a doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)

		Celkem			Pohlaví			
		N	%	Ø skóre	ženy	Ø skóre	muži	Ø skóre
Věk	méně než 15	8	5,6 %	21	5	19	3	24
	15 - 18	2	1,4 %	26	0	0	2	26
	19 - 24	11	7,7 %	27	3	28	8	27
	25 - 34	47	33,1 %	24	23	26	24	23
	35 - 44	38	26,8 %	24	16	23	22	24
	45 - 54	27	19,0 %	23	18	23	9	22
	55 - 64	8	5,6 %	26	2	31	6	25
	65 a více	1	0,7 %	26	0	0	1	26
Vzdělání	základní	16	11,3 %	24	8	25	8	22
	střední bez maturity	10	7,0 %	25	3	22	7	26
	střední s maturitou	43	30,3 %	23	17	22	26	24
	VOŠ	5	3,5 %	24	3	21	2	28
	VŠ	68	47,9 %	24	36	25	32	24
Zaměstnání	žák/student	17	12,0 %	24	7	22	10	25
	nezaměstnaný	9	6,3 %	23	5	22	4	25
	zaměstnanec	76	53,5 %	24	34	23	42	24
	OSVČ	31	21,8 %	25	14	27	17	23
	mateřská dovolená	6	4,2 %	30	6	30	0	0
	starobní důchod	3	2,1 %	19	1	9	2	24
Pohlaví – celkem		142	100 %	24	67	24	75	24

3.2.2 Analýza prvních dvou fází svépomocného programu

3.2.2.1 Motivace

Součástí této fáze svépomocného programu je 6 kapitol, které mají uživatelům programu pomoci lépe porozumět vlastnímu chování ve vztahu k alkoholu. Součástí každé z těchto kapitol je informativní text, který klienty seznamuje s problematikou, která je tématem té určité kapitoly. Na konci pak mají klienti, na základě získaných informací, vyplnit několik souvisejících otázek, ve kterých mohou přiřadit své chování k uvedeným vzorům a dále je konkrétně popsat.

Vzorce užívání alkoholu

Na začátku motivační fáze měli uživatelé programu označit určitý *vzorec užívání alkoholu*, který je pro ně typický. Uživatelé se mohli rozhodnout mezi epizodickým či škodlivým užíváním alkoholu a závislostí na něm. Tuto část svépomocného programu vyplnilo 29,6 % osob, z nichž 42,9 % označilo své pití jako *epizodické*, 35,7 % jako *škodlivé* a 9,5 % vnímalo svou konzumaci alkoholu jako *závislost*, tito uživatelé měli také vyšší průměrné bodové skóre než ostatní kategorie. Několik respondentů (11,9 %) označilo zároveň více možností, všechny nabízené možnosti označil jeden respondent (2,4 %) a kombinaci epizodického a škodlivého, stejně jako škodlivého se závislostí označili v obou případech dva respondenti (4,8 %). Vzorce užívání alkoholu vyplnilo téměř o třetinu více žen než mužů a nejvíce odpovědí bylo od osob ve věku od 35 do 44 let.

Tabulka č. 6: Vzorce užívání alkoholu, rozděleno podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skóre (AUDIT)

	Celkem		Pohlaví		Věk						Ø bodů AUDIT
	N	%	ženy	Muži	≤ 15	19-24	25-34	35-44	45-54	55-64	
Epizodické	18	42,9 %	11	7	0	2	6	7	3	0	23
Škodlivé	15	35,7 %	7	8	0	0	3	5	4	3	23
Závislost	4	9,5 %	2	2	0	0	3	1	0	0	28
Více možností	5	11,9 %	4	1	1	0	1	1	1	1	26
Celkem	42	100 %	24	18	1	2	13	14	8	4	25

Identifikace příznaků závislosti na alkoholu

Následující část motivační fáze měla posloužit k tomu, aby uživatelé svépomocného programu dokázali určit, zda se u nich vyskytují některé ze šesti příznaků závislosti na alkoholu, a tyto následně identifikovat, popřípadě ještě doplnit komentářem, jak se v jejich konkrétním případě projevují. Tuto část aplikace vyplnilo 35,2 % uživatelů. Mezi nejčastěji zmiňované příznaky patřily carving (66,0 %), pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků (64,0 %) a zhoršené sebeovládání (60,0 %). Tři a více možností, které za určitých okolností poukazují na přítomnost závislosti na alkoholu, označilo celkem 56,0 % uživatelů. Uživatelé, kteří vyplnili tuto část svépomocného programu, měli průměrné bodové skóre 24, nejvíce byli zastoupeni ve věkové kategorii od 35 do 44 let a opět to se aktivně zapojilo asi o třetinu více žen.

Tabulka č. 7: Příznaky závislosti, rozděleno podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skóre (AUDIT)

	Celkem		Pohlaví		Věk						Ø bodů AUDIT
	N	%	ženy	muži	≤ 15	19-24	25-34	35-44	45-54	55-64	
Craving	33	66,0 %	21	12	1	1	8	10	10	3	24
Zhoršené sebeovládání	30	60,0 %	17	13	1	0	12	10	3	4	25
Odvykáci stav	16	32,0 %	11	5	0	0	7	4	5	0	23
Zvýšená tolerance	17	34,0 %	10	7	0	0	3	7	4	3	25
Zanedbávání jiných zájmů	22	44,0 %	13	9	2	0	8	6	5	1	23
Pokračování přes škodl. násl.	32	64,0 %	17	15	2	1	9	8	9	3	25
Označeno 3 a více možností	28	56,0 %	16	12	1	0	8	8	7	4	25
Celkem	50	100 %	28	22	2	1	15	16	12	4	24

Celkem 64,0 % respondentů dále uvedlo komentář k tomu, jak se u nich příznaky závislosti konkrétně projevují. V následující tabulce jsou shrnuty uváděné odpovědi společně s jejich četnostmi.

Tabulka č. 8: Uváděné příznaky závislosti na alkoholu a jejich četnosti

Příznaky závislosti		Okomentovalo	
		N	%
Craving		21	65,6 %
	chuť se napít	9	28,1 %
	chuť na určitý alkoholický nápoj	6	18,8 %
	touha po uvolnění	6	18,8 %
Zhoršené sebeovládání		18	56,3 %
	neschopnost přestat	9	28,1 %
	pití v nevhodných situacích	5	15,6 %
	zvracení, pomočování	2	6,3 %
	blábolení, zapomínání	2	6,3 %
Odvykací stav		14	43,8 %
	Nervozita	5	15,6 %
	bolest hlavy	3	9,4 %
	Pocení	3	9,4 %
	Třes	3	9,4 %
Zvýšená tolerance		6	18,8 %
	konzumace většího množství	4	12,5 %
	potřeba většího mn. pro uvolnění	2	6,3 %
Zanedbávání jiných zájmů		14	43,8 %
	všechny dřívější zájmy	5	15,6 %
	Sport	4	12,5 %
	partner, přátelé	3	9,4 %
	zanedbávání povinností	2	6,3 %
Škodlivé následky		18	56,3 %
	zdravotní stav	11	34,4 %
	problémy v práci	4	12,5 %
	paranoia, agrese	2	6,3 %
	omezení – řízení vozidla	1	3,1 %
Celkem		32	100 %

Motivy pro užívání alkoholu

Ve třetí části motivační fáze si měli respondenti ze šesti možností vybrat, jaké motivy je nejčastěji vedou ke konzumaci alkoholu. Tuto část programu vyplnilo 34,5 % respondentů. Nejčastěji uživatelé uváděli motivy posílení prožívání pozitivních

pocitů (73,5 %) anebo naopak zvládání negativních pocitů (67,3 %). I v tomto případě motivy uvádělo o třetinu více žen a opět to nejčastěji byli uživatelé z věkové kategorie od 35 do 44 let.

Tabulka č. 9: Motivy vedoucí ke konzumaci alkoholu, rozděleno podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)

	Celkem		Pohlaví		Věk						Ø bodů AUDIT
	N	%	ženy	muži	≤ 15	19- 24	25- 34	35- 44	45- 54	55- 64	
Posílení pozitivních pocitů	36	73,5 %	21	15	2	1	9	11	9	4	23
Zvládání negativních pocitů	33	67,3 %	21	12	2	1	10	10	8	2	24
Sociální motivy	15	30,6 %	10	5	1	0	5	5	3	1	24
Konformita	6	12,2 %	5	1	0	0	3	1	2	0	21
Rozšíření vědomí	7	14,3 %	5	2	0	0	4	2	1	0	24
Jiné	11	22,4 %	6	5	0	1	3	1	6	0	21
Celkem	49	100 %	28	21	2	1	13	15	14	4	24

Uživatelé programu měli dále k vybraným motivům uvést konkrétní případy, ze svého života, kdy konzumují alkohol. Z celkového počtu respondentů, kteří vyplnili tuto část programu, okomentovalo své motivy 63,3 %. Komentáře uživatelů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č. 10: Motivy vedoucí ke konzumaci alkoholu a jejich četnosti

Motivy		Okomentovalo	
		N	%
Posílení pozitivních pocitů		21	67,7 %
	relaxace	7	22,6 %
	uvolnění	7	22,6 %
	umocnění příjemných prožitků	4	12,9 %
	zábava s přáteli	3	9,7 %
Zvládání negativních pocitů		23	74,2 %
	stres	9	29,0 %
	pocit samoty	5	16,1 %
	únik od problémů	4	12,9 %
	smutek, úzkost	3	9,7 %
	nuda	2	6,5 %
Sociální motivy		11	35,5 %
	konzumace v společnosti	7	22,6 %
	lepší komunikace	3	9,7 %
	dodání odvahy	1	3,2 %
Konformita		5	16,1 %
	začlenění do kolektivu	5	16,1 %
Rozšíření vědomí		4	12,9 %
	vnímání či tvorba umění	2	6,5 %
	uvědomění si sebe sama	2	6,5 %
Jiné		11	35,5 %
	příjemná chuť alkoholu	5	16,1 %
	spokojenost	3	9,7 %
	bezstarostnost	2	6,5 %
	dědičnost	1	3,2 %
Celkem		31	100 %

Negativní důsledky užívání alkoholu

V další části motivační fáze si respondenti vybírali ze tří oblastí svého života ty, na které má užívání alkoholu negativní vliv. Tuto část programu vyplnilo 30,3 % uživatelů, kteří nejčastěji uváděli problémy v oblasti duševního zdraví a sociálních vztahů (79,1 %). Průměrné bodové skóre v dotazníku AUDIT vyplňujících účastníků bylo 25 a nejčastěji patřili do věkových kategorií od 25 do 34 let a od 35 do 44 let, pohlaví byla v tomto případě zastoupena rovnoměrně.

Tabulka č. 11: Negativní důsledky užívání alkoholu rozděleno podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)

	Celkem		Pohlaví		Věk						Ø bodů AUDIT
	N	%	ženy	muži	≤ 15	19-24	25-34	35-44	45-54	55-64	
Tělesné zdraví	26	60,5 %	12	14	2	1	6	8	5	4	24
Duševní zdraví a vztahy	34	79,1 %	20	14	2	0	12	10	8	2	25
Sociální oblast	26	60,5 %	10	16	2	1	9	7	5	2	24
Celkem	43	100 %	22	21	2	1	14	14	8	4	25

Konkrétní příklady negativních důsledků dále uvedlo 72,1 % z respondentů aktivních v této kapitole. Zmiňované komentáře jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č. 12: Negativní důsledky užívání alkoholu a jejich četnosti

Negativní důsledky		Okomentovalo	
		N	%
Tělesné zdraví		15	48,4 %
	únava	6	19,4 %
	zhoršený stav pleti a vlasů	3	9,7 %
	bolest hlavy	3	9,7 %
	nadváha	2	6,5 %
	neplodnost	1	3,2 %
Duševní zdraví a vztahy		26	83,9 %
	deprese	9	29,0 %
	zhoršení vztahů rodina/přátelé	8	25,8 %
	zhoršení vztahu s partnerem	3	9,7 %
	zhoršení paměti	3	9,7 %
	rozlady	3	9,7 %
Sociální oblast		16	51,6 %
	nedostatek peněz	7	22,6 %
	problémy v zaměstnání	6	19,4 %
	snížení kvality života	3	9,7 %
Celkem		31	100 %

Motivy k omezení užívání alkoholu nebo abstinenci

Na předchozí kapitolu chronologicky navazuje další část motivační fáze, ve které se měli uživatelé aplikace zamyslet nad tím, co pozitivního by jim mohla přinést změna jejich chování ve vztahu k alkoholu a 5 těchto změn, které považují za nejdůležitější, vyjmenovat. Tuto část programu vyplnilo 28,2 % respondentů, s průměrným bodovým skórem 24. Respondenti byli opět nejčastěji z věkové kategorie od 35 do 44 let a znovu zde převažovaly ženy. Následující tabulka přináší souhrn sedmi nejčastěji uváděných pozitiv společně s jejich četností.

Tabulka č. 13: Nejčastěji uváděné motivy pro omezení/abstinenci užívání alkoholu a jejich četnosti

	Celkem		Pohlaví		Věk						Ø bodů AUDIT
	N	%	Ženy	Muži	≤ 15	19- 24	25- 34	35- 44	45- 54	55- 64	
Zlepšení zdrav. stavu	22	55,0 %	14	8	2	0	5	9	4	2	23
Úspora peněz	20	50,0 %	10	10	1	1	5	6	6	1	23
Sebedůvěra a sebeúcta	17	42,5 %	8	9	0	0	5	7	2	3	25
Lepší pracovní výkonnost	12	30,0 %	5	7	2	0	2	7	0	1	26
Více času pro děti	11	27,5 %	9	2	0	0	2	2	6	1	27
Dobrý pocit ze sebe	10	25,0 %	7	3	0	0	2	3	3	2	27
Redukce hmotnosti	9	22,5 %	6	3	0	0	3	2	3	1	22
Celkem	40	100 %	23	17	2	1	11	13	10	3	24

Model procesu změny

V poslední části motivační fáze měli uživatelé svépomocného programu označit, v jaké fázi procesu změny se, ve vztahu k užívání alkoholu, nacházejí. Tuto část vyplnilo 29,6 % respondentů. Nejvíce z nich bylo ve fázi aktivní změny (31,0 %) a ve fázi rozhodnutí (28,6 %). Z výzkumného souboru se 16,7 % uživatelů se vnímalo zároveň ve více fázích a označili tyto možnosti: prekontemplace a kontemplace (2,4 %), kontemplace a rozhodnutí (2,4 %), kontemplace a aktivní změna (2,4 %), rozhodnutí a aktivní změna (4,8 %), aktivní změna a udržování (2,4 %) a aktivní změna společně s relapsem (2,4 %). Ženy se zde opět

vyskytovaly v početní převaze a nejvíce uživatelů patřilo znovu do věkové kategorie od 35 do 44 let.

Tabulka č. 14: Fáze procesu změny, rozděleno podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)

	Celkem		Pohlaví		Věk						Ø bodů AUDIT
	N	%	ženy	muži	≤ 15	19-24	25-34	35-44	45-54	55-64	
Prekontemplace	0	0,0 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kontemplace	7	16,7 %	4	3	0	0	1	2	3	1	22
Rozhodnutí	12	28,6 %	7	5	1	1	3	2	4	1	26
Aktivní změna	13	31,0 %	7	6	0	0	4	4	3	2	26
Udržování	2	4,8 %	2	0	0	0	1	1	0	0	21
Relaps	1	2,4 %	0	1	0	0	1	0	0	0	24
Více možností	7	16,7 %	3	4	1	0	1	4	0	1	22
Celkem	42	100 %	23	19	2	1	11	13	10	5	24

Shrnutí motivační fáze

Jak uvádí následující tabulka, v první části se do svépomocného programu aktivně zapojilo celkem 43,0 % účastníků. Žen bylo v této skupině zhruba o třetinu více než mužů a nejpočetněji byly zastoupeny věkové kategorie od 25 do 34 let a od 35 do 44 let, z věkových kategorií 15 do 18 let a v kategorii nad 65 let se nikdo aktivně nezapojil. Průměrné bodové skóre v dotazníku AUDIT této skupiny (24) se nelišilo od průměrného skóre celého souboru (24). Nejvíce uživatelů vyplnilo kapitolu zaměřenou na příznaky závislosti (34,7 %) a motivy k pití (34,5 %).

Tabulka č. 15: Počet uživatelů, kteří vyplnili a okomentovali jednotlivé části motivační fáze, - celkově, podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)

		Celkem		Pohlaví		Věk								Ø bodů AUDIT
		N	%	ženy	muži	≤ 15	15-18	19-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥ 65	
Vzorce UA	Vyplnil	42	29,6 %	24	18	1	0	2	13	14	8	4	0	25
	Nevyplnil	100	70,4 %	42	58	7	2	9	37	24	16	4	1	24
Příznaky závisl.	Vyplnil	50	34,7 %	28	22	2	0	1	15	16	12	4	0	24
	Koment.	32	22,5 %	19	13	1	0	1	12	8	8	2	0	22
	Nevyplnil	92	65,3 %	39	53	6	2	10	32	22	15	4	1	24
Motivy k pití	Vyplnil	49	34,5 %	28	21	2	0	1	13	15	14	4	0	24
	Koment.	31	21,8 %	20	11	1	0	1	9	8	10	2	0	22
	Nevyplnil	93	65,5 %	39	54	6	2	10	34	23	13	4	1	24
Negat. důsl.	Vyplnil	43	30,3 %	22	21	2	0	1	14	14	8	4	0	25
	Koment.	31	21,8 %	17	14	2	0	1	10	9	7	2	0	24
	Nevyplnil	99	69,7 %	45	54	6	2	10	33	24	19	4	1	24
Motivy ke změně	Koment.	40	28,2 %	23	17	2	0	1	11	13	10	3	0	24
	Nevyplnil	102	71,8 %	44	58	6	2	10	36	25	17	5	1	24
Model změny	Vyplnil	42	29,6 %	23	19	2	0	1	11	13	10	5	0	24
	Nevyplnil	100	70,4 %	44	56	6	2	10	36	25	17	3	1	24
Celkem	Vyplnil	61	43,0 %	35	26	2	0	2	19	18	15	5	0	24
	Koment.	48	33,8 %	28	20	2	0	1	13	16	13	3	0	24
	Nevyplnil	81	57,0 %	32	49	6	2	9	28	20	12	3	1	24

3.2.2.2 Fáze změny

Tato druhá fáze svépomocného programu se skládá ze dvou částí. V první části si klienti stanoví cíl, kterého chtějí dosáhnout. Mohou se rozhodnout, zda své pití omezí, či s pitím úplně přestanou. V další části je následně respondentům k dispozici deníček, do kterého si zapisují, kolik alkoholu zkonsumovali v minulých dnech a dále své plány týkající se dosažení požadovaného cíle ve vztahu ke konzumaci alkoholu.

Cíle změny a jejich naplnění

Cíl pro změnu si ve svépomocném programu vyplnilo 92,3 % uživatelů. Jak uvádí následující tabulka, pro úplnou abstinenci se rozhodlo pouze 25,2 % respondentů a většina respondentů (74,8 %) chtěla své pití omezit. Osoby, které chtěly abstinentovat, měly

o 4 body více v průměrném bodovém skóru oproti osobám, které se rozhodly pro redukci pití. Pro redukci se rozhodlo více mužů než žen, pro abstinenci naopak mírně více žen.

Tabulka č. 16: Stanovené cíle uživatelů programu podle pohlaví a doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)

	Celkem		Pohlaví				Ø bodů AUDIT
			ženy		Muži		
	N	%	N	%	N	%	
Redukce	98	74,8 %	40	30,5 %	58	44,3 %	23
Abstinence	33	25,2 %	18	13,7 %	15	11,5 %	27
Celkem	131	100 %	58	44,3 %	73	55,7 %	24

V následující tabulce můžeme vidět, kolik osob se rozhodlo k vedení deníčku a jak se jim dařilo v naplňování svých cílů. Deníček si založilo 92,3 % uživatelů svépomocného programu. Velká část respondentů deníček nedokončila (42,7 %) anebo neuvedla, jak se jim v dosahování svých cílů dařilo (41,2 %). Podle dostupných údajů deníček dokončilo 16,1 % respondentů, přičemž 15,3 % respondentů jej dokončilo neúspěšně a pouze jeden muž (0,8 %), který chtěl s pitím přestat, dokončil deníček úspěšně.

Tabulka č. 17: Počet uživatelů, kteří si založili deníček a následná úspěšnost v jeho naplňování, rozděleno podle pohlaví, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)

	Celkem		Chci se změnit				Ø bodů AUDIT
			Ženy		Muži		
	N	%	N	%	N	%	
Úspěšně dokončeno	1	0,8 %	0	0,0 %	1	0,8 %	24
Neúspěšně dokončeno	20	15,3 %	9	6,9 %	11	8,4 %	27
Nedokončeno	56	42,7 %	26	19,8 %	30	22,9 %	24
Nevyplněno naplnění cílů	54	41,2 %	23	17,6 %	31	23,7 %	23
Celkem	131	100 %	58	44,3 %	73	55,7 %	24

Shrnutí fáze změny

Do druhé části svépomocného programu se zapojilo 92,3 % všech účastníků, přičemž cíl pití si stanovil každý z nich. Ve fázi změny se aktivně zapojili muži i ženy a

všechny věkové kategorie, přičemž nejpočetněji byla zastoupena věková kategorie od 25 do 34 let a pouze jeden účastník spadal do věkové kategorie 65 let a více.

Tabulka č. 18: Počet uživatelů, kteří vyplnili fázi změny, - celkově, podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)

		Celkem		Pohlaví		Věk								Ø bodů AUDIT
		N	%	ženy	muži	≤ 15	15-18	19-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥ 65	
Cíle změny a jejich naplnění	Vyplnil	131	92,3 %	58	73	8	2	10	43	36	23	8	1	24
	Nevyplnil	11	7,7 %	9	2	0	0	1	4	2	4	0	0	23

3.2.2.3 Další navštívené aplikace svépomocného programu

Jak již bylo zmíněno výše, po registraci do programu se lze přihlásit i do intervencí zaměřených na závislost na internetu nebo prokrastinační tendence. Touto možností využilo 18,3 % našeho výzkumného souboru. Do více programů současně se přihlašovali muži i ženy bez výraznějších rozdílů. Průměrně nejnižšího bodového skóru dosáhli ti uživatelé, kteří se zaregistrovali do všech tří programů, tito uživatelé měli průměrné skóre dokonce o 7 bodů nižší než uživatelé registrovaní pouze do programu pro škodlivé užívání alkoholu.

Tabulka č. 19: Další navštívené intervence v rámci svépomocného programu, rozděleno podle pohlaví a doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)

	Celkem		Ženy		muži		Ø bodů AUDIT
	N	%	N	%	N	%	
Alkohol	116	81,7 %	53	79,1 %	63	84,0 %	25
Alkohol + Internet	1	0,7 %	0	0,0 %	1	1,3 %	26
Alkohol + Prokrastinace	22	15,5 %	12	17,9 %	10	13,3 %	21
Alkohol + Internet + Prokrastinace	3	2,1 %	2	3,0 %	1	1,3 %	18
Celkem	142	100 %	67	100 %	75	100 %	23

4 Diskuze

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo popsat vybrané charakteristiky uživatelů, kteří se, v průběhu prvních dvou let, zaregistrovali do online svépomocného programu, pro osoby se škodlivým užíváním alkoholu, a zmapovat jejich aktivitu napříč prvními dvěma fázemi tohoto programu.

Do online svépomocného programu se, v průběhu prvních dvou let jeho fungování, zaregistrovalo celkem 171 osob, přičemž 29 osob chtělo program *jen vyzkoušet* a zbylých 142 uživatelů se do programu přihlásilo za účelem *změny*. Výzkumný soubor byl, z metodologického hlediska, tvořen typem prostého záměrného výběru, kde kritériem výběru byla registrace do programu za účelem změny. Výzkumný soubor se tedy sestával ze 142 osob.

Z hlediska základních sociodemografických charakteristik, byly ve výzkumném souboru zastoupeny všechny nabízené kategorie. Svépomocný program využívali muži i ženy a to víceméně v rovnoměrném zastoupení (52,8 % a 47,2 %). Toto zjištění koresponduje i s výsledky zahraničních studií, přestože neodráží skutečný stav konzumace alkoholu v obecné populaci. Podle české celopopulační studie z roku 2012, muži převyšují ženy ve všech uváděných kategoriích, ať už se jedná o každodenní konzumaci (10,2 % mužů x 3,1 % žen), škodlivé pití (9,9 % mužů x 4,3 % žen) či rizikové (7,7 % a 6,7 % žen) nebo problémové pití (7,2 % mužů a 2,4 % žen) (Sovinová & Csémy, 2013). Postel uvádí, že příčinou toho může být, že ženy častěji než muži hledají informace týkající se zdraví na internetu anebo také, že ženy upřednostňují online anonymní formu pomoci před klasickou face to face i kvůli obavám o odebrání dětí z péče. Tento předpoklad podporuje také skutečnost, že do svépomocného programu Kliniky adiktologie se zaregistrovalo šest žen na mateřské dovolené, s poměrně alarmujícím průměrným bodovým skórem AUDIT (30).

Ve výzkumném souboru byly zastoupeny i všechny věkové kategorie, nejvíce účastníků patřilo do věkové kategorie od 25 do 34 let (33,1 %) a od 35 do 45 let (26,8 %), naopak nejméně účastníků bylo starších 65 let (0,7 %). Z hlediska věku byl v zahraničních

studiích nejčastěji uváděn věkový průměr 40 až 45 let (Postel et al., 2011 & Sinadinovic et al., 2014 & Riper et al., 2009). Podle již zmíněné studie v České republice do kategorie škodlivého pití spadají nejčastěji věkové skupiny od 15 do 24 let (8,61 %) a od 45 do 64 let (8,58 %), osoby od 25 do 44 let jsou zastoupeny v 6,61 % (Sovinová & Csémy, 2013). Fakt, že v našem výzkumném vzorku nejsou nejpočetněji zastoupeny tyto kategorie, souvisí podle mého názoru s tím, že mladí lidé od 15 do 25 let pravděpodobně ještě nevnímají problém s užíváním alkoholu a také netrpí žádnými somatickými komplikacemi, trvá totiž obvykle několik let, než se komplikace vzniklé v důsledku užívání alkoholu, projeví. Na straně druhé to zřejmě souvisí i s nižší počítačovou gramotností u starších věkových skupin.

Ve vzdělání účastníků programu dominovalo vzdělání vysokoškolské, které uvedlo 47,9 % účastníků a následovalo středoškolské s maturitou, které uvedlo 30,3 %. Další shody se zahraničními výzkumy jsou patrné i v této oblasti, jelikož vysokoškoláci jsou obvykle hojně zastoupení (Postel et al., 2011 & Riper, 2009). Podle výzkumného šetření, v České republice nejméně škodlivě pijí, právě vysokoškolsky vzdělaní lidé (4,61 %), v porovnání s osobami bez maturity (8,91 %) (Sovinová & Csémy, 2013). Jak již bylo uvedeno v teoretické části, vzdělanější lidé obvykle negativněji pociťují obraz závislosti a v běžném face to face kontaktu se cítí méně pohodlně než osoby s nižším vzděláním (Postel et al., 2011). Dalším důvodem pro využití online intervencí může být i pracovní vytíženost a nedostatek času k vyhledání klasické léčby a také to, že prostředí internetu je pro vysokoškolsky vzdělané osoby obvykle přirozené a pohodlné.

V oblasti zaměstnání výzkumnému souboru dominoval počet zaměstnaných jedinců (53,5 %) a poměrně výrazně zastoupena byla i skupina osob samostatně výdělečně činných (21,8 %). Což znovu koresponduje se zahraničními výzkumy, které poukazují na využívání online intervencí právě, krom tradičně zaměstnaných, na osoby samostatně výdělečně činné (Postel et al., 2011 & Blankers, 2011). V našem výzkumném souboru se objevilo také několik matek na mateřské dovolené (4,2 %).

Uživatelé svépomocného programu pocházeli ze všech 14 krajů České republiky, přičemž výrazně nejpočetněji bylo zastoupeno hlavní město Praha (41,5 %). Také

Sovinová a Csémy uvádějí, že z hlediska bydliště se škodlivě pije spíše ve městech (7,53 %) než na venkově (5,41 %) (Sovinová & Csémy, 2013). Dalo se předpokládat, že převážná většina uživatelů programu bude z Prahy, může to souviset s tím, že Klinika adiktologie zde sídlí a tak je větší pravděpodobnost, že uživatelé při vyhledávání léčby narazí na její propagaci. Myslím, že i všeobecně lidé z venkovských oblastí nemají informace o možnostech online léčby.

Z výsledků testu AUDIT, pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu, vyplývá, že míra škodlivosti užívání alkoholu, je u uživatelů programu vysoká. Alarmujícího skóre, které za určitých podmínek poukazuje na možnou přítomnost závislosti na alkoholu, a v testu je omezeno bodovým rozpětím 20 až 40 bodů, dosáhlo 73,2 % výzkumného souboru. Pouze 19 % osob spadá podle AUDITu do oblasti škodlivého užívání alkoholu, pro nějž byl tento program primárně určen. Na vysokou míru škodlivosti užívání alkoholu poukazují také výsledky analýzy části, zaměřené na identifikaci příznaků závislosti na alkoholu, kde přítomnost třech a více těchto příznaků poukazuje na možnou závislost, přičemž tři a více příznaků označilo 56 % uživatelů, kteří vyplnili onu část. Také v zahraničních studiích je tento trend popisován. Často více než 50 % uživatelů různých online intervencí, dosahuje, podle různých screeningových nástrojů, spíše hodnot poukazujících na závislost na alkoholu (např. Sinadinovic et al., 2014 & Brendryen, et al., 2013 & Riper et al., 2009). Podle mého názoru může být důvodem i to, že osoby s nižší mírou problému, problém ještě nevnímají, začínají si jej uvědomovat až tehdy, kdy už ho sami nedokážou řešit. Což je nevýhodou, zejména u svépomocných intervencí, jelikož v pozdním stádiu již nejsou tak efektivní a účinné, protože uživatelé potřebují intenzivnější péči.

Na začátku první fáze svépomocného programu měli uživatelé zařadit případ svého užívání alkoholu mezi 3 uváděné vzorce. Nejvíce respondentů uvedlo, že pijí epizodicky (42,9 %), škodlivě (35,7 %) a nejméně osob vnímalo své pití jako závislost (9,5 %), přičemž se označení příslušného vzorce užívání odrazilo i v průměrném bodovém skóru AUDIT, kde osoby které označily vzorec závislosti, dosáhly v průměru o 5 bodů vyšších výsledků než u prvních dvou vzorců. Tento výsledek poukazuje na to, že uživatelé zřejmě mají náhled a uvědomují si závažnost svého problému. Několik osob označilo

zároveň více možností a i jejich průměrné skóre bylo vyšší než u prvních dvou vzorců, což také může souviset s tím, že tito uživatelé intenzivněji pocítují problém s užíváním alkoholu.

Identifikace příznaků poukazujících na možnou přítomnost závislosti na alkoholu, se jeví jako nejpřitažlivější kapitola z celého programu, jelikož se do ní zapojilo celkem 35,2 % uživatelů, poměrně vysoká aktivita vydržela uživatelům i ve vyplňování komentářů k jednotlivým příznakům. Důvodem může být snadná srozumitelnost informativního textu, který popisuje to, co uživatelé velmi dobře znají. Dalším důvodem může být i zvědavost těchto osob, které mohou prahnout po diagnostice a chtějí vědět, zda tedy jsou závislí či nikoliv. Uživatelé programu u sebe nejčastěji pozorovali carving (66 %), zhoršené sebeovládání (60 %) a pokračování i přes škodlivé následky (64 %). Jak už jsem uvedla výše, 3 a více příznaků závislosti u sebe identifikovalo 56 % vyplňujících uživatelů. Craving byl popisován jako chuť se napít, chuť na určitý alkoholický nápoj, či jako touha po uvolnění se. Zhoršené sebeovládání bylo popisováno jako neschopnost přestat anebo neschopnost ovládnout se v nevhodných situacích. Uživatelé programu také označovali pokračování i přes škodlivé následky, a uváděli pokračování v pití i v případě, že se u nich projeví nějaké zdravotní komplikace nebo problémy v práci.

V další kapitole svépomocného programu uživatelé uváděli motivy, které je obvykle dovedou k užití alkoholu. Mezi nejčastěji zmiňované důvody pro konzumaci, patří posílení pozitivních pocitů (73,5 %) a zvládání negativních pocitů (67,3 %). Díky alkoholu mohou uživatelé programu lépe relaxovat, uvolnit se, intenzivněji prožívat radost a lépe si užít zábavu s přáteli. Alkohol jim také pomáhá lépe zvládat stres, pocity samoty a umožňuje únik od problémů.

Jako další se měli účastníci programu zamyslet nad negativními důsledky, jež jim přináší užívání alkoholu. Na výběr měli ze tří základních oblastí – tělesné zdraví, duševní zdraví a vztahy, a sociální oblast. Nejintenzivněji vnímali uživatelé problémy v oblasti duševního zdraví a vztazích, velmi často zmiňovali deprese a zhoršení vztahů v rodině, s přáteli či partnerem. V sociální oblasti znovu převládali finanční problémy a problémy

v zaměstnání. V oblasti se tělesného zdraví uživatelé uváděli spíše, než dlouhodobé následky užívání alkoholu, ty krátkodobé, jako je únava nebo bolest hlavy.

Další kapitola motivační fáze měla za úkol zmapovat motivaci, která přivedla uživatele k registraci do programu a současně ke změně jejich chování. Respondenti měli v této souvislosti uvést 5 motivů, které nejvýznamněji ovlivnily jejich rozhodnutí pro změnu. Mezi nejčastěji zmiňované odpovědi patřily: zlepšení zdravotního stavu (55 %), úspora peněz (50 %) a zvýšení sebedůvěry či sebeúcty (42,5 %). Bylo pro mne trochu překvapivé, že nejvíce lidí v této kapitole vnímalo potřebu zlepšení zdravotního stavu, přestože v předchozí kapitole nebyly vážnější zdravotní problémy zmiňovány mnohokrát. Napadá mě, že to může být právě díky návaznosti na předchozí kapitolu. Jelikož v této části programu uživatelé neměli na výběr žádnou z možností a v předchozí části bylo zlepšení zdraví jednou z nabízených možností. Na druhou stranu to však může být pouze domněnka, v této kapitole se aktivně zapojilo mnohem více uživatelů, než tomu bylo v kapitole předchozí a to, že uživatelé v předchozí části nevyjmenovali všechny své nemoci, neznamená, že žádné nemají.

Poslední kapitola motivační fáze představila uživatelům Model procesu změny a na základě teoretických podkladů se uživatelé programu měli zamyslet nad tím, ve které fázi se momentálně nacházejí. Nejvíce klientů se cítilo být ve fázi aktivní změny, to potvrzuje i samotná skutečnost, že se zaregistrovali do programu, což je velký krok, který vynaložení určité aktivity vyžaduje. Ve fázi prekontemplace nebyl žádný uživatel programu, což potvrzuje předchozí tvrzení, protože již pouhá registrace, do svépomocného programu pro škodlivé užívání alkoholu, předpokládá určité množství motivace a připravenosti ke změně.

Bohužel se mi nepodařilo vyhledat žádnou zahraniční studii, která by se podrobněji věnovala analýze zaznamenávaných odpovědí v rámci online svépomocných programů pro škodlivé užívání alkoholu.

Ve druhé fázi svépomocného programu - fázi změny, si měli uživatelé zvolit cíl, kterého chtějí ve vztahu k užívání alkoholu dosáhnout, vybírali mezi možnostmi *redukce* pití a úplná *abstinence*. Cíl změny vyplnilo 92,3 % uživatelů, přičemž většina z nich

(74,8 %) chtěla své pití omezit. Osoby, které chtěly abstinovat, měly o 4 body vyšší průměrný bodový skóre AUDIT, oproti uživatelům s redukcí alkoholu. Tato skutečnost by mohla souviset s tím, že osoby s vyšším bodovým skórem AUDIT mohou být na alkoholu závislí a tak pro ně není snadné zredukovat množství vypitého alkoholu a dodržet předem naplánované množství. Mohou mít také již nějakou nevydařenou zkušenost s pokusem o omezení množství a tak raději volí možnost úplné abstinence. Je také škoda, že nemáme údaje o tom, zda je návštěva svépomocného programu prvním léčebným pokusem osob z výzkumného souboru, to by mohlo potvrdit či vyvrátit tuto mou domněnku. Pro redukcí alkoholu se rozhodlo více mužů a pro abstinenci naopak o něco málo více žen. Může to být tím, že muži si více věří a nepřikládají problému potřebnou váhu, také je pro ně zřejmě obtížnější, než pro ženy, představitelná úplná abstinence. Často chodí s kamarády do hospody nebo na různé sportovní či kulturní akce, ke kterým popíjení piva obvykle neodmyslitelně patří, muži pak v těchto situacích pociťují bezesporu větší sociální tlak ze strany svých kamarádů, zatímco ženy většinou od svých kamarádek získají maximální podporu, u mužů bývá situace složitější. Kamarádi si je rádi dobírají a tak se také může stát, že raději přestanou tyto akce navštěvovat a pak nejenže přijdou o alkohol, ale také o kamarády.

Poslední analyzovaná kapitola se týkala rekapitulace online deníčku, který tvořil zpětnou vazbu a byl doplněn o interaktivní komponentu ve formě grafů. Online deníček si založilo 92,3 % uživatelů programu, velká část z nich ale deníček vůbec nedokončila (42,7 %) anebo neuvedla, zda se jim zvolených cílů podařilo dosáhnout (41,2 %). Deníček dokončilo pouze 16,1 % respondentů, přičemž pouze jeden muž (0,8 %), jehož cílem byla abstinence, online deníček úspěšně dokončil. Důvodem je vysoká míra drop-outu, která obecně, v různé míře platí pro všechny intervence poskytované přes internet a je o to významnější u online svépomocných programů, kde není žádný kontakt s terapeutem.

Online poradna Kliniky adiktologie mimo intervence pro škodlivé uživatele alkoholu nabízí také online svépomocné intervence pro osoby se závislostí na internetu a prokrastinací. Část výzkumného souboru (18,3 %) navštívila také tyto další intervence, z hlediska pohlaví mezi nimi nebyly rozdíly, které ovšem můžeme vidět v průměrném bodovém skóre AUDIT. Jelikož osoby, které navštívily všechny tři svépomocné programy,

měly o 7 bodů AUDIT nižší průměrné skóre než osoby, které byly registrovány pouze v programu pro alkohol. Tento výsledek může znamenat, že osoby, které vyzkoušely všechny programy, mohly mít okrajově problém se všemi třemi oblastmi anebo pouze s některou a do ostatních programů se chtěli pouze podívat.

Co se týká zapojení uživatelů v jednotlivých kapitolách svépomocného programu, lze konstatovat, že aktivně se ve všech kapitolách zapojovaly více ženy než muži, a to přibližně o jednu třetinu. Důvodem toho může být, že ženy jsou obvykle sdílnější a snadněji se pro něco nadchnou, mohou také k léčbě přistupovat zodpovědněji, jelikož vnímají intenzivně svůj problém a chtějí ho řešit. Víceméně se v programu aktivně zapojovali stále ti samí lidé (asi 30 %), u doplňování komentářů byl jejich počet ještě o třetinu nižší (20 %). Nejvíce aktivních osob patřilo do věkových kategorií od 25 do 34 a od 35 do 44 let. Toto věkové rozložení v podstatě koresponduje s věkovým rozložením v celém výzkumném souboru, což bude nejspíš jedním z hlavních důvodů. Mohou být i další, jako třeba to, že tyto kategorie přistupují k léčbě zodpovědněji než mladší skupiny a naopak starší skupiny mohou mít sníženou počítačovou gramotnost. Dalším důvodem, proč se uživatelé programu aktivně nezapojili, může být i to, že nebyli s programem spokojeni, čekali něco jiného a tak se jim ani nechtělo plýtvat časem. Dalším důvodem může být, že uživatelé významně nepocítují žádné závazky a odpovědnost, jako je tomu obvykle při face to face kontaktu a tak snadněji program opouští, s čímž souvisí také vysoká míra drop-outu. Pouze 16 % uživatelů programu uvedlo, že prošli celým svépomocným programem a jak se jim dařilo. Velká část uživatelů se pouze do programu zaregistrovala, popřípadě založila online deníček, a dále se již aktivně nezapojila. Což ale na druhou stranu, jak uvádí Postel (2010), nutně neznamená, že uživatelé programem neprošli a neměli z něj užitek. Jednotlivými fázemi programu se totiž lze pohybovat nahodile, a tak je celý volně k dispozici všem registrovaným uživatelům, nezávisle na vyplnění či nevyplnění jednotlivých částí.

Některé vybrané kapitoly, jako *Identifikace příznaků závislosti na alkoholu* nebo *Motivy pro užívání alkoholu*, byli pro uživatele atraktivnější a zapojovali se v nich ve větším počtu (35 %). Důvodem může být, že tyto kapitoly jsou uživatelům dobře srozumitelné a sami uživatelé ví, co dělají, je pro ně snadné a pohodlné odpovědět podle

sebe, nemusí dumat nad žádnými dlouhými a nesrozumitelnými texty a pojmy, které slyší poprvé v životě. Nejméně uživatelů doplnilo Motivy ke změně (28,2 %) a Vzorce užívání alkoholu (29,6 %).

U motivů ke změně mohla uživatele programu odradit o něco větší náročnost, jelikož se zde nezaškrtávalo, ale uživatelé museli sami vymyslet vlastní motivy, které je vedou ke změně. Dalším důvodem pro nízkou aktivitu v této části může být i to, že uživatelé sami nemají úplně jasno v těchto motivech, jsou stále nerozhodní a nechce se jim nad tím moc přemýšlet, taky je může odradit i počet pět, uvědomují si třeba pouze jeden nebo dva motivy, může jim být hloupé nevyplnit všechny a tak raději nevyplní žádné. Text věnující se vzorcům užívání alkoholu mohl být pro uživatele programu hůře srozumitelná a dlouhá. Uživatelé nemuseli text úplně pochopit, a jelikož se zde nejedná o úplně známé věci, mohli mít zmatek. Neporozumění textu je podle mého názoru důvodem toho, že jeden uživatel označil všechny tři možnosti.

Z hlediska metodologických omezení má tato práce několik nedostatků. Její základní limity vnímám v tom, že kontakt se odehrává přes internet, navíc s předem naprogramovaným programem bez účasti terapeuta, což s sebou přináší hned několik úskalí. Někteří uživatelé, právě pro absenci kontaktu s živým prvkem, nemusí přikládat programu dostatečnou váhu a nepociťují žádné závazky a odpovědnost. Tito uživatelé potom nejsou pečliví v rozmyšlení nad svým problémem a nevěnují dostatečnou pozornost vyplňování jednotlivých částí programu, což se může projevit buď nevyplňováním kapitol, nebo těžkou srozumitelností případných odpovědí. Představuji zde sice výzkumný soubor, ale mé výsledky nejsou relevantní k celému výzkumnému souboru, jelikož jsou založeny na pravidelné aktivitě pouze asi jedné třetiny všech uživatel, o zbytku uživatel programu nemáme, krom sociodemografických charakteristik, žádné další informace. Jelikož uživatelé obvykle nepociťují žádné závazky a odpovědnost, program snadněji opouští, s čímž souvisí také vysoká míra drop-outu.

Další limity této práce vnímám ve zpracování kvalitativních dat, respektive komentářů, které uživatelé programu uváděli v jednotlivých kapitolách. Přestože jsem se pečlivě zamýšlela nad odpověďmi uživatelů, nebylo jednoduché je správně kategorizovat.

Odpovědi uživatelů byly mnohdy kusé a ne úplně vypovídající či přímo související s daným tématem. Příčinou toho mohlo být nepochopení informativního textu, popletení si uváděných pojmů či špatné pochopení otázek.

Vzhledem ke skutečnosti, že data z online svépomocného programu Kliniky adiktologie pro osoby se škodlivým užíváním alkoholu nebyla doposud analyzována, mohou být výsledky mé práce zajímavé a přínosné pro tvůrce a další autory nově vznikajících online svépomocných programů. Pro zefektivnění a zatraktivnění svépomocného programu by jistě bylo vhodné dalšího zpracování dat tohoto programu, spolu s evaluací svépomocného programu, například z hlediska spokojenosti klientů, jako tomu bylo v případě jiného programu Kliniky adiktologie, a sice online svépomocného programu pro závislé na internetu (Vondráčková, Vacek & Masaryková, 2014). Další přínos své práce vnímám i v samotném zpracování tématu online poradenství/psychoterapie a online svépomocných programů pro osoby s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu, které může přispět ke zvýšení povědomí obecné i odborné veřejnosti o možnostech a pozitivěch online léčby škodlivého užívání alkoholu s využitím online svépomocných programů.

5 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se pokusila představit perspektivní a rychle se rozvíjející možnosti online svépomocných programů, které jsou v současné době na vzestupu i v prostředí České republiky. V teoretické části jsem představila online terapii/poradenství a online svépomocné programy specificky zaměřené na škodlivé užívání alkoholu. V praktické části jsem dále analyzovala získaná data ze svépomocného programu pro osoby se škodlivým užíváním alkoholu Kliniky adiktologie.

Do programu se, za první 2 roky jeho fungování, zaregistrovalo 142 uživatelů, kteří chtěli změnit své chování ve vztahu k užívání alkoholu. Rozložení pohlaví i dalších sociodemografických charakteristik uživatelů výzkumného souboru, se víceméně shodovalo s charakteristikami uživatelů online poradenství/psychoterapie pro osoby s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu, který popisuje studie uvedená v teoretické části mé práce. Bodového rozpětí škály AUDIT pro škodlivé užívání alkoholu, pro které je tento program primárně určen, dosáhlo pouze několik uživatelů, přičemž bodové skóre většiny výzkumného souboru poukazovalo na přítomnost závislosti na alkoholu. Tři čtvrtiny výzkumného souboru si za cíl své změny zvolila omezení pití alkoholu a pouze jedna čtvrtina chtěla úplnou abstinenci. O dosažení cíle zaznamenalo do programu informaci asi 60 % výzkumného souboru, z toho dvě třetiny program nedokončily a zbytek program dokončily avšak neúspěšně. Úspěšně dokončil program pouze jediný muž, který chtěl abstinovat. Co se týká aktivity v programu a vyplňování jednotlivých částí, aktivně se, v různé míře, zapojovalo 43 % uživatelů, častěji ženy.

6 Seznam literatury

- Antoš, S. (2006). Internetové poradenství: snadná realita? *Sociální práce / Sociálná práca*, 2006(1), 130-134. Dostupné z:
<http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2&podsekce=&ukol=1&id=27>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care: Department of Mental Health and Substance Dependence. *World Health Organization*.
- Baker, L., Wagnert T. H., Singer, S., & Bundorf, M. K. (2003). Use of the Internet and E-mail for Health Care Information: Results From a National Survey. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 289(18), 2400-2406. Dostupné z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=9742610&scope=site>
- Barnard, J. (2010). Online Counselling: a Guide for Therapists, (1th ed.). Great Britain: MTC Books.
- Blankers, M., Koeter, M. M. W. J., & Schippers, G. M. (2011). Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 330-341. DOI: 10.1037/a0023498.
- Blankers, M., Koeter, M., & Schippers, G. M. (2009). Evaluating real-time internet therapy and online self-help for problematic alcohol consumers: a three-arm RCT protocol. *BMC Public Health*, 9(1), 16. DOI: 10.1186/1471-2458-9-16.
- Brendryen, H., Lund, I. O., Johansen, A. B., Riksheim, M., Nesvag, S., & Duckert, F. (2014). Balance-a pragmatic randomized controlled trial of an online intensive self-help alcohol intervention. *Addiction*, 109(2), 218-226. Dostupné z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&an=93662173&scope=site>

- Cunningham, J. A., Wild, C., & Humphreys, K. (2011). Who uses online interventions for problem drinkers?. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(3), 261-264. DOI: 10.1016/j.jsat.2011.03.003.
- Český statistický úřad (ČSÚ), (2015). Informační technologie. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xb/informacni_spolecnost-xb
- Dulin, P., Gonzalez, V. M., & Campbell, K. (2014). Results of a Pilot Test of a Self-Administered Smartphone-Based Treatment System for Alcohol Use Disorders: Usability and Early Outcomes. *Substance Abuse*, 35(2), 168-175. DOI: 10.1080/08897077.2013.821437.
- Fingfield, D. L. (2000). THERAPEUTIC GROUPS ONLINE: THE GOOD, THE BAD, AND THE UNKNOWN. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(3), 241-255. DOI: 10.1080/016128400248068.
- Griffiths, M. (2005). Online Therapy for Addictive Behaviors. *CyberPsychology & Behavior*, 8(6), 555-561. DOI: 10.1089/cpb.2005.8.555.
- Holcnerová, P., & Novák, P. (2010). Online psychoterapie a psychologické poradenství. *Psychoterapie*, 5(3-4), 174-182. Dostupné z: <http://psychoterapie.fss.muni.cz/archiv/psychoterapie-2010-3-4>
- Horská, B., Lásková, A., & Ptáček, L. (2010). *Internet jako cesta pomoci: internetové poradenství pro pomáhající profese*, (1th ed.). Praha: Sociologické nakladatelství (SLON)
- Christensen, H., & Mackinnon, A. (2006). The Law of Attrition Revisited. *Journal of Medical Internet Research*, 8(3), 20. DOI: 10.2196/jmir.8.3.e20.
- Jones, G. & Stokes, A. (2009). *Online Counselling: A Handbook for Practitioner*, (1th ed.). New York: Palgrave Macmillan
- Klinika adiktologie, 1. LF UK, (2015). Online adiktologická poradna. Dostupné z: <http://poradna.adiktologie.cz/>
- Linke, S. (2004). DOWN YOUR DRINK: A WEB-BASED INTERVENTION FOR PEOPLE WITH EXCESSIVE ALCOHOL CONSUMPTION. *Alcohol and Alcoholism*, 39(1), 29-32. DOI: 10.1093/alcalc/agh004.

- Mallen, M. J. (2005). Online Counseling: Reviewing the Literature From a Counseling Psychology Framework. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 819-871. DOI: 10.1177/0011000005278624.
- Moore, B. A., Fazzino, T., Garnet, B., Cutter, C. J., & Barry, D. T. (2011). Computer-based interventions for drug use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(3), 215–223. DOI:10.1016/j.jsat.2010.11.002
- Murray, E., Khadjesari, Z., Linke, S., Hunter, L., & Freemantle, N. (2013). Health on the web: randomised trial of work-based online screening and brief intervention for hazardous and harmful drinking. *BMC Public Health*, 13(1), 505. DOI: 10.1186/1471-2458-13-505.
- Murray, E., Linke, S., Harwood, E., Conroy, S., Stevenson, F., & Godfrey, C. (2012). Widening access to treatment for alcohol misuse: description and formative evaluation of an innovative web-based service in one primary care trust. *Alcohol and alcoholism*, 47(6), 697-701. DOI: 10.1093/alcalc/ags096.
- Postel, M. G., de Haan, H. A., Ter Huurne, E. D., Becker, E. S., & de Jong, C. A. (2010). Effectiveness of a web-based intervention for problem drinkers and reasons for dropout: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 12(4). DOI: 10.2196/jmir.1642.
- Postel, M. G., de Haan, H. A., ter Huurne, E. D., Becker, E. S., & de Jong, C. A. (2011). Characteristics of problem drinkers in E-therapy versus face-to-face treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 37(6), 537-542.
Dostupné z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&an=66482984&scope=site>
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223-2233. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7.
- Riper, H., Kramer, J., Keuken, M., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2008). Predicting successful treatment outcome of web-based self-help for problem

drinkers: secondary analysis from a randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 10(4).

- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269-283. Dostupné z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=12340393&scope=site>
- Řiháček, T. (2014). Poradenství versus psychoterapie? *Psychoterapie*, 8(1), 13 - 22.
- Sinadinovic, K., Wennberg, P., Johansson, M., & Berman, A. H. (2014). Targeting individuals with problematic alcohol use via web-based cognitive-behavioral self-help modules, personalized screening feedback or assessment only: a randomized controlled trial. *European addiction research*, 20(6), 305-318. DOI: 10.1159/000362406.
- Sovinová, H., & Csémy, L. (2013). Užívání tabáku a alkoholu v České republice v roce 2012. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & behavior*, 7(3), 321-326. DOI: 10.1089/1094931041291295.
- Suler, J. R. (2000). Psychotherapy in cyberspace: A 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *CyberPsychology and Behavior*, 3(2), 151-159. DOI: 10.1089/109493100315996.
- Swan, A. J., & Tyssen, E. G. (2009). Enhancing treatment access: Evaluation of an Australian Web-based alcohol and drug counselling initiative. *Drug and Alcohol Review*, 28(1), 48-53. Dostupné z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&an=51399010&scope=site>
- Vondráčková, P., Vacek, J., & Masaryková, A. (2014). Evaluace online svépomocného programu pro osoby se závislostním chováním na internetu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(1), 7-17.
- Vybíral, Z., & Vondráčková, P. (2012). Co vyplývá z výzkumů účinnosti online psychoterapie? *Československá psychologie*, 56(6), 545-557

7 Přílohy

7.1 Seznam grafů

Graf č. 1: Snížení týdenní konzumace alkoholu, po třech a šesti měsících trvání programu oproti výchozímu stavu, podle typu intervencí (Blankers et al., 2011).....	26
---	----

7.2 Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Úrovně rizika pití alkoholu podle bodového skóre AUDIT (Babor et al., 2001)	34
Tabulka č. 2: Porovnání základního a výzkumného souboru, rozděleno podle pohlaví, procentuálně vztaženo k základnímu souboru.....	36
Tabulka č. 3: Základní sociodemografické údaje účastníků výzkumného souboru, rozděleno podle pohlaví	38
Tabulka č. 4: Míra škodlivosti užívání alkoholu, hodnoceno pomocí bodového skóre AUDIT, podle pohlaví a doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT).....	40
Tabulka č. 5: Základní sociodemografické údaje účastníků programu, rozděleno podle pohlaví a doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)	41
Tabulka č. 6: Vzorce užívání alkoholu, rozděleno podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT).....	42
Tabulka č. 7: Příznaky závislosti, rozděleno podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)	43
Tabulka č. 8: Uváděné příznaky závislosti na alkoholu a jejich četnosti.....	44
Tabulka č. 9: Motivy vedoucí ke konzumaci alkoholu, rozděleno podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)	45
Tabulka č. 10: Motivy vedoucí ke konzumaci alkoholu a jejich četnosti.....	46
Tabulka č. 11: Negativní důsledky užívání alkoholu rozděleno podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)	47
Tabulka č. 12: Negativní důsledky užívání alkoholu a jejich četnosti.....	47

Tabulka č. 13: Nejčastěji uváděné motivy pro omezení/abstinenci užívání alkoholu a jejich četnosti	48
Tabulka č. 14: Fáze procesu změny, rozděleno podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT).....	49
Tabulka č. 15: Počet uživatelů, kteří vyplnili a okomentovali jednotlivé části motivační fáze, - celkově, podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT).....	50
Tabulka č. 16: Stanovené cíle uživatelů programu podle pohlaví a doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)	51
Tabulka č. 17: Počet uživatelů, kteří si založili deníček a následná úspěšnost v jeho naplňování, rozděleno podle pohlaví, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT) ..	51
Tabulka č. 18: Počet uživatelů, kteří vyplnili fázi změny, - celkově, podle pohlaví a věkových kategorií, doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT)	52
Tabulka č. 19: Další navštívené intervence v rámci svépomocného programu, rozděleno podle pohlaví a doplněno o průměrný bodový skór (AUDIT).....	52

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis